



## 저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학박사 학위논문

# 건강증진사업에서 권력강화적 참여의 과정

-건강새마을 조성사업에 대한 심층사례연구-

2019년 2월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리 전공

김 새 림

# 건강증진사업에서 권력강화적 참여의 과정

-건강새마을 조성사업에 대한 심층사례연구-

지도교수 김 창 엽

이 논문을 보건학박사 학위논문으로 제출함  
2018년 10월

서울대학교 대학원  
보건학과 보건정책관리전공  
김 새 림

김새림의 박사학위논문을 인준함  
2018년 12월

위 원 장     조 병 희     (인)

부위원장     유 승 현     (인)

위     원     조 성 일     (인)

위     원     이 경 수     (인)

위     원     김 창 엽     (인)

## 국문초록

건강 영역에서 참여는 핵심 원리이자 전략이다. 건강은 개인이 각자 삶에서 고유한 가능성을 실현하기 위한 기본 역량이며, 이에 영향을 미치는 집합적 의사결정에 대한 참여는 그 자체로 가치가 있다. 보건학에서 참여에 대한 기존 논의는 건강 결과를 개선하기 위한 도구적 참여를 중심으로 이루어져 왔다. 최근 참여의 내재적 목표로 권력강화를 강조하는 사례가 늘어나고 있지만 건강불평등을 야기하는 구조적 불평등을 개선하기 위해 권력 관계를 변화시키는 것을 목표로 하는 권력강화적 참여에 대한 지식과 경험은 부족한 상황이다.

이 연구는 건강 영역에서 참여적 개입이 내재적 목적인 권력강화를 중심으로 정식화되어야 한다는 관점에서 참여적 건강 개입의 과정과 결과를 살펴보는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 건강 영역에서 참여가 논의되는 맥락과 기존 사례들을 검토하고 주민참여적 건강 개입의 실증 사례로 “경상북도 건강새마을 조성사업”의 과정을 살펴보았다. 연구는 실재론적 관점의 심층사례연구로, 관찰과 면담, 문서, 기록물을 다양하게 수집, 분석해 주민참여의 과정을 두껍게 기술하였다. 권력강화적 참여의 차원인 리더십, 조직, 자원 동원, 관리/오너십, 지역사회 필요 사정, 비판적 질문, 외부 주체의 역할을 중심으로 사례의 건강증진개입에서 권력강화적 사건들이 확인되었는지 살펴보았다. 이어서 통제적 권력(power over)과 협력적 권력(power with), 실현적 권력(power to), 내면적 권력(power within) 개념을 이용해 참여 과정을 권력 관점에서 도식화하고, 지역사회 참여에 영향을 미치는 맥락적 요인들을 분석했다.

경상북도 건강새마을 조성사업은 경상북도 내 건강취약지역들의 건강 수

준을 향상하기 위한 건강증진사업이다. 사업은 지역 주민들이 자신들이 사는 지역의 취약한 건강 상황에 대해 인식하고 직접 문제를 해결할 수 있도록 주민들의 권력을 강화하는 것을 목표로 한다. 주민 대표로 구성된 건강위원회는 자신들이 설정한 건강 문제를 개선하기 위한 활동을 계획하고 실행하면서 지역의 건강 문제를 다룰 수 있는 주민 조직으로 성장할 수 있었다. 리더십은 경상북도 농어촌 지역의 견고한 위계 관계 위에서 발전되었다. 비교적 자원이 많은 주민들이 대표로 활동하면서 권위적 리더십을 발휘하고, 주민들은 이에 순응했으며, 보건소도 이런 리더십을 선호했다. 일부 지역에서 이장 등 지역 유지 중심으로 구성된 건강위원회(주로 남성)를 실질적으로 건강관련활동을 수행하는 건강리더나 동아리 회장(주로 여성)을 중심으로 리더십을 교체하기도 했지만 이는 흔하지 않은 일이었다. 사업의 성과가 좋다고 되어 있는 지역일수록 리더십을 교체하는 대신 실무를 담당하는 여성 지원 조직을 만드는 것으로 이를 갈음했다. 이런 상황은 지역 내에서 새로운 리더십을 키우는 데에는 제약으로 작동했지만 기존의 지역 내 조직들과 활발하게 교류하고 도움을 주고받는 데에 도움이 되었다. 주민들은 지역 내외의 자원을 다양하게 동원했다. 보건소도 주민들의 활동을 지원하고 통합 건강증진사업의 자원을 해당 지역으로 집중적으로 투입했다. 주민들은 회비를 각출하거나 지역 행사에 참여해 회비를 마련했다. 면이나 군에 요청해 예산을 마련하고 문제를 해결하거나 정부와 민간에서 예산을 지원하는 사업에 공모하기도 했다.

그러나 지역에 따라 주민들의 권력강화 수준은 다양했다. 명목상 이장단을 건강위원으로 위촉하고 보건소 담당자가 이장회의에 끼어들어 사업을 위한 협조와 주민동원을 요청하는 것이 전부인 지역이 있는가 하면 건강위원장이 별도의 공간과 시간을 마련해 회의를 주재하면서 논의를 통해 의사결정을 내리고, 보건소는 이를 보조·지원하는 지역도 있었다.

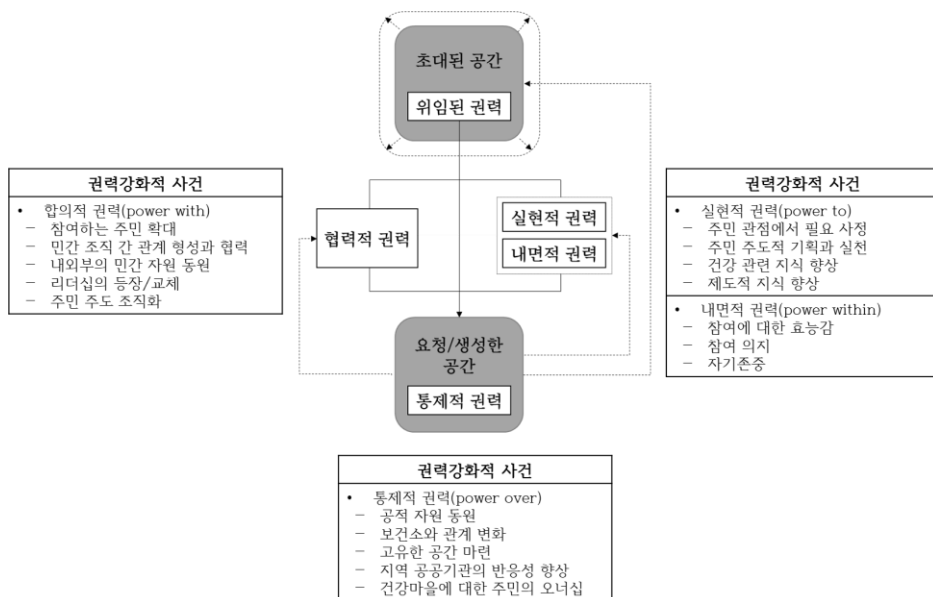
사업에 대한 오너십과 조직, 리더십, 자원동원이 다양한 양상을 보였다면

지역사회 필요 사정은 대부분의 지역에서 주민 당사자보다는 외부 전문가의 관점에서 이루어졌다. 노인들의 고립, 물질적 결핍, 여성들의 우울 등 주민들의 관점에서 건강 필요가 제시되었지만 이를 해결하기 위한 근본적 원인에 대한 논의가 이루어지지 못하고 보건소가 제공할 수 있는 서비스를 중심으로 지역사회의 필요가 환원되는 경향을 보였다. 보건소 담당자들은 지역사회 역량 개발과 주민주도성의 중요성을 인식했지만 자신이 담당하는 ‘사업’에서 측정가능한 성과를 우선시할 수밖에 없었다.

그럼에도 경상북도 사례에서 권력강화의 증거들을 파악할 수 있었다. 이는 일부 지역에서 두드러졌으며, 이를 토대로 건강증진사업에서 권력강화의 과정을 개념화할 수 있었다. 이는 다음과 같은 단계를 거쳤다. 지역사회의 권력 관계 변화는 외부 개입에서 시작되었다. 경상북도는 주민들에게 건강 관련 활동에 대한 권한을 부여하고 건강위원회를 조직해 자원을 투입했다. 초대된 참여 공간에서 주민들에게 위임된 통제적 권력은 새로운 힘으로 전환될 수 있었다. 건강증진활동을 계기로 주민들이 자주 만나고, 공동의 문제를 위해 협력하면서 주민 간 신뢰와 상호성이 향상되었다. 협력적 관계는 주민 조직화를 촉진했고 외부 전문가와 관료들에 의해 부여된 공적 권위는 주민들이 스스로 설정한 문제를 해결하기 위해 지역 내외의 자원을 동원하는 데에 기여했다. 건강과 마을만들기에 대한 지식을 습득하고 이를 활용할 수 있는 기회를 얻으면서 지역사회 역량이 향상되었다. 일련의 과정은 주민들에게 자신들이 함께 건강한 마을을 만들고 있다는 효능감과 보람을 느낄 수 있게 해 주었다.

사례의 관찰을 토대로 참여적 건강 개입에서 권력강화 과정을 다음 도식과 같이 개념화하였다. 초대된 참여 공간에서 일정한 권력 위임은 공동의 목표에 동의하는 행위자들 간의 협력과(협력적 권력) 자신의 의지대로 문제를 해결할 수 있는 주체적 역량(실현적 권력), 자신감과 참여 효능감 향상(내면적 권력)을 촉발한다. 권력강화된 지역사회는 새로운 문제를 해결하기

위해 자신들이 획득/생성한 권력을 활용해 새로운 참여 공간을 요청/생성할 수 있다. 이는 초기에 주민 참여를 유인했던 초대된 공간이 확장되어 의사결정 범위가 늘어나거나 새로운 행위자들이 개입하며 협력의 범위가 늘어나거나 주민들이 먼저 통제적 권력의 추가적인 위임을 요구하는 등의 방식으로 나타난다. 사례는 참여적 건강개입을 통해 위임된 권력이 지역사회 내 상호작용을 통해 다양한 힘을 촉발하고, 이것이 다시 통제적 권력을 강화하는 순환으로 이어질 수 있음을 보여준다.



주민들에게 건강을 위한 필요는 일상의 다양한 영역에 걸쳐져 있는 총체적인 삶의 필요를 의미했다. 건강위원회는 포괄적인 건강 필요를 수용하고 이를 해결하는 주체가 될 가능성을 가지고 있었다. 그러나 사람들의 관점에서 문제에 접근하고 필요를 파악하고 건강문제의 원인에 대한 비판적 질문을 던지는 모습은 확인되지 않았다. 주민들은 대체로 지역의 건강 문제를 해결하는 과정이 정부와의 협력을 통해 이루어지는 자조적 노력이라고 여겼고, 지역의 건강 문제의 원인을 개인에게서 찾았다. 그럼에도 경상북도의 건

강새마을 조성사업은 사람들의 관점에서 건강필요를 파악할 수 있는 주민들의 공간을 만들어내고 있었다. 주민들은 인구가 줄고 고령화가 되어가는 마을에서 정부의 요청에 의해 건강증진활동을 배우고 실천했다. 주민들은 마을만들기와 새마을 운동에 대한 지식의 영향을 받으면서도 건강을 중심으로 일상을 살펴보면서 마을의 건강 문제를 해결하기 위해 노력했다. 농촌 지역의 보수성은 참여 과정에 반영되었고, 주민 사이의 권력 불평등은 유지되었다. 성별에 따른 역할 구분과 위계 관계 역시 자연스럽게 재생산되었지만 지역의 여성들은 사업을 통해 새로운 활동과 지식을 접하고 지역사회에서 인정받으며 역량을 키울 수 있었다.

건강과 관련된 이슈들은 정치적이기 보다는 규범적인 것으로 인식되며, 권력강화적 참여에 대한 지식과 경험 부족은 참여를 건강증진의 수단으로 환원한다. 건강 영역에서 참여가 건강 격차를 구조적 불평등의 결과로 정치화하고 이를 해결하기 위한 정치적 세력화로 나아가기 위해서는 이를 촉진할 수 있는 제도적 장치들이 필요하다. 이를 위해 권력강화된 지역사회가 공적 의사결정과정에 개입할 수 있는 기회를 제공하고, 참여가 실질적인 영향력을 행사할 수 있도록 권한이 부여되어야 한다. 권력강화된 주민들의 활동이 다부문 협력과 건강 공공 정책으로 나아갈 수 있도록 참여적 건강 개입의 방식을 조정하고 이를 적극적으로 지원해야 한다.

연구의 기여는 다음과 같다. 첫째, 연구에서는 참여의 과정을 세밀하게 관찰하고 이에 대한 두꺼운 기술을 통해 참여의 현장에서 벌어지는 사건과 변화를 기록했다. 이는 막연하고 모호하게 논의되던 참여가 현장에서 어떤 방식으로 전개되고 지역을 변화시키는지 이해하는 데에 기여할 수 있다. 둘째, 연구는 권력 관계에 초점을 맞춰 참여의 과정을 살펴보고 이를 다차원적 권력 개념을 이용해 설명했다. 정책적으로 만들어진 초대된 공간에서 주민들은 위임받은 통제적 권력을 중심으로 협력적 권력과 내면적 권력, 실현적 권력을 확보할 수 있음을 설명했다. 이렇게 축적된 힘은 새로운 참여 공



간과 주민들이 발견한 지역의 문제를 해결할 수 있는 변혁적 권력 확보로 이어질 수 있다. 참여 과정에 대한 권력관점의 재구성은 앞으로 권력강화적 참여를 설명하는 개념적 틀로 활용될 수 있을 것이다. 셋째, 주민참여의 과정을 기존 논의들 속에 맥락화하여 해석하고 이로부터 정책적 함의를 도출했다. 이는 건강불평등 완화를 위한 전략으로 참여와 권력강화가 가능하기 위해 필요한 조건들을 파악하고 향후 필요한 연구의 방향을 제시한다.

주요어 : 참여, 권력강화, 권력, 참여적 건강 개입, 심층사례연구

학 번 : 2014-30741

# 목 차

I. 서론.....	1
1. 연구 배경 및 필요성.....	1
1) 건강 영역에서 참여.....	1
2) 한국 건강 영역에서 참여.....	4
3) 참여의 어려움과 한계.....	9
2. 연구 목적.....	12
3. 논문의 구성.....	13
II. 이론적 배경.....	16
1. 참여의 개념적 특성.....	16
1) 참여의 추상성.....	16
2) 참여의 복잡성.....	17
3) 참여의 역동성과 참여의 공간.....	19
2. 건강 영역에서 참여가 논의되는 맥락.....	23
1) 주민동원과 지역개발.....	23
2) 건강증진과 신공중보건.....	26
3) 건강 영역에서 시민 속의.....	32
4) (신)자유주의적 통치와 참여.....	38
5) 건강불평등 해소를 위한 전략으로 참여.....	41
3. 건강 영역에서 참여의 효과.....	45
4. 참여 실패와 위험.....	55
5. 권력강화적 참여.....	59
1) 참여의 내재적 목표: 권력강화.....	59
2) 참여와 권력.....	61
3) 권력강화적 참여의 지표.....	67
6. 한국의 참여적 건강 개입.....	73

1) 보건복지부 참여형 건강증진모형개발 시범사업 .....	75
2) 반송 건강마을 만들기와 부산시 건강마을사업 .....	77
3) 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업 .....	80
4) 강원도 건강플러스 사업 .....	83
5) 서울시의 주민참여적 보건사업 .....	87
6) 소결 .....	90
III. 연구 전략 .....	92
1. 연구 입장 .....	92
2. 연구 방법 .....	96
3. 사례 선정 .....	100
4. 자료 수집 .....	102
5. 자료 분석 .....	109
6. 연구의 신뢰성 및 타당성 .....	114
IV. 연구결과 .....	115
1. 연구사례: 경상북도의 건강새마을 조성사업 .....	115
1) 사업의 맥락 .....	115
2) 하위 분석단위 별 특성 .....	120
3) 연구자의 입장 .....	122
2. 사업 구성요소와 투입 .....	125
1) 사업지 선정 .....	125
2) 사업의 시작 .....	127
3) 주민조직 구성 .....	130
4) 교육 훈련과 역량강화 .....	132
5) 행사와 성과대회 .....	134
6) 사업 평가와 모니터링 .....	135
3. 권력강화적 참여 .....	137
1) 권력강화적 참여의 과정에 대한 조작적 틀 .....	137

2) 권력강화적 참여의 과정 .....	140
① 지역사회 필요사정과 비판적 질문 .....	140
② 조직과 리더십 .....	148
③ 관리/오너십 .....	157
④ 자원 동원 .....	162
⑤ 외부 주체의 역할 .....	172
⑥ 주민 통제력 강화로 인한 갈등과 협상 .....	179
3) 참여에 영향을 미치는 맥락 .....	186
① 새마을 운동의 기억과 경험 .....	186
② 마을만들기 사업의 유형 .....	193
③ 지역의 쇠락과 고령화 .....	194
④ 지역의 보수성: 성별 위계와 가부장제 .....	196
4) 사례에서 관찰되는 권력강화 .....	205
V. 결론 .....	210
1. 종합과 고찰 .....	210
1) 사람들의 관점에서 건강과 건강증진의 필요성 .....	210
2) 참여불평등과 지역 내 불평등 .....	217
3) 정부 주도 참여적 건강개입의 제약과 가능성 .....	222
4) 권력강화적 참여를 위한 조건 .....	227
5) 방법론적 고찰: 실재론적 관점의 사례 연구 .....	234
2. 연구의 기여와 한계 .....	236
VI. 참고문헌 .....	239
VII. 부록 .....	259
1. 현지조사 일시, 장소, 분류 .....	259
2. 전문가 인터뷰 .....	261
3. 경상북도 건강새마을 조성사업 추진경과 .....	261
4. 건강새마을 조성사업의 교육 내용 .....	263

## 표 목차

표 1. 논문 구성 .....	14
표 2. 주민참여형 건강증진사업 현황 .....	73
표 3. 건강플러스 행복플러스 사업 평가에서 활용된 임파워먼트 지표 .....	82
표 4. 강원도 건강플러스 사업에서 주민조직화 단계 .....	86
표 5 존재의 세 영역 .....	93
표 6. 자료원과 수집한 자료의 내용 .....	102
표 7. 포커스그룹인터뷰에 사용한 반구조화 설문지 .....	106
표 8. 전문가 심층면담 반구조화 설문지 .....	107
표 9. 질적 분석 과정 예시 .....	110
표 10. 관찰한 사업 지역 특성 .....	121
표 11. 영천시 신녕면 건강새마을위원회 발대식 관련 보도 .....	129
표 12. 사례에서 권력강화적 참여 과정 지표 .....	137
표 13. 건강새마을 조성사업에서 주민참여의 3가지 층위 .....	140

## 그림 목차

그림 1. 참여 연속선 .....	20
그림 2. 지역사회기반 상호작용의 사다리 .....	30
그림 3. 지역사회 참여, 권력강화, 통제가 건강 향상과 건강불평등 완화에 이르는 경로 .....	47
그림 4. 아른스타인의 참여 사다리 .....	62
그림 5. 강원도 건강플러스 마을 사업 목표 .....	84
그림 6. 서울시 소생활권 건강생태계 기반조성 지원사업 모식도 .....	89

그림 7. 과학적 탐구에서 네 추론양식의 사용 .....	97
그림 8. 존재의 층위와 네 가지 추론양식 .....	98
그림 9. 지역사회 참여의 주요 행위자와 상호작용 .....	104
그림 10. 경상북도 우리마을 건강지도 .....	115
그림 11. 사업의 비전과 전략 .....	115
그림 12 건강새마을 조성사업 단계별 추진 로드맵(3년 사업 기준).....	117
그림 13 경상북도 건강새마을 조성사업의 대상지역.....	118
그림 14 건강새마을 조성사업의 사업운영 체계도 .....	119
그림 15. 건강새마을 조성사업의 주요 활동 내용 요약 .....	125
그림 16. 영천시 신녕면 건강위원회 발대식 현장 .....	128
그림 17. 경상북도 건강새마을 조성사업의 사업내용분류.....	188
그림 18. 주민건강리더 역량강화 워크숍 발표 자료 .....	189
그림 19. 참여적 건강개입에서 권력강화의 과정.....	206

## 글상자 목차

글상자 1. 사업에 대한 외부 연구자들의 관심이 배치되는 방식.....	123
글상자 2. 지역선정에 대한 담당자 의견: 참여역량과 동의의 중요성 .....	126
글상자 3. 건강위원회 구성 .....	130
글상자 4. 마을의 건강필요-노년 주민들의 상황 .....	143
글상자 5. I 지역의 열악한 거주 상황에 대한 기사.....	145
글상자 6. 독거노인의 열악한 상황을 개선하기 위한 제안 .....	147
글상자 7. 이장 중심 리더십의 장점 .....	149
글상자 8. 이장 중심 리더십의 문제점.....	151
글상자 9. 리더십 교체 .....	152
글상자 10. 건강리더단 조직화.....	154
글상자 11. 건강 리더들의 활동과 효능감 .....	155
글상자 12. 보건소와 건강위원회의 관계 변화: 담당자의 역할 감소.....	159
글상자 13. 건강위원회와 보건소의 관계 변화: 예산 관리에 대한 요구 ...	161
글상자 14. 건강환경조성을 위한 자원 확보: 면 예산 활용 .....	162
글상자 15. 건강환경조성을 위한 자원 확보: 외부 자원 동원.....	164
글상자 16. 건강환경 조성을 위한 자원 확보: 지방의회 정책과정에서 부재 .....	165
글상자 17. 건강위원회의 자원확보: 공공 사업 공모.....	166
글상자 18. 건강환경조성을 위한 자원 확보: 내부 자원 동원.....	168
글상자 19. 주민주도적 변화의 중요성 .....	170
글상자 20. 사업에 대한 정책결정자의 관점: 사업의 목적과 전략.....	173
글상자 21. 사업참여 지속성과 주민 오너십.....	175
글상자 22. 사업에 대한 담당자들의 피로감.....	176
글상자 23. 보건소 담당자가 생각하는 건강새마을 조성사업의 장점 .....	177

글상자 24. 사업으로 인한 마을의 변화와 이에 대한 군수의 인지.....	178
글상자 25. 주민참여형 사업에 대한 사업담당자들의 불편함.....	180
글상자 26. 건강새마을협의체 건의문 .....	182
글상자 27. 건강새마을사업에 대한 도의회 질의.....	183
글상자 28. 건강새마을 사업과 새마을운동 .....	190
글상자 29. 계몽의 주체와 대상.....	190
글상자 30. 지역의 고령화와 주민참여 .....	196
글상자 31. 건강증진활동에 대한 남성들의 태도.....	197
글상자 32. 젠더 간 역할 구분.....	198
글상자 33. 남성들의 건강증진 프로그램 비참여에 대한 문제의식.....	200
글상자 34. 건강리더 활동에 대한 당사자들의 이해 .....	201
글상자 35. 사업 참여 계기와 사업에 대한 초기 이해.....	203



# I. 서론

## 1. 연구 배경 및 필요성

### 1) 건강 영역에서 참여

건강 영역에서 참여는 핵심 원리이자 전략이다. 건강은 삶의 총체적 조건이자 결과로서 개개인이 각자의 삶에서 고유의 가능성을 실현하기 위한 기본 역량(capability)이기에 건강에 영향을 미치는 집합적 의사결정에 대한 참여는 그 자체로 바람직한 가치를 가진다(김창엽 2017a; Sen 1999a; S. B. Rifkin 1996). 세계보건기구는 참여를 사람들이 자신의 삶과 관련된 의제를 정의하고 삶에 영향을 미치는 중요한 결정들을 통제하며, 지역사회가 건강의 사회적 결정요인을 비롯해 자신들의 웰빙에 영향을 미치는 결정들을 내릴 수 있도록 권력을 확보하는 과정이라고 정의한다(WHO, 2013).

건강과 보건에서 참여를 논의하고 실천한 대표적인 영역은 일차건강돌봄(primary health care)이다. 일차건강돌봄은 지역사회 주민들이 주체가 되어 자신들의 건강 문제를 정의하고 그 문제를 해결하는 상향식 접근을 핵심 전략으로 삼는다. 포괄적 일차건강돌봄의 가능성을 강조하는 사람들은 지역사회(community)가 “풍부한 가능성의 보고(寶庫)이자 창의적이고 낙관적인 사람들의 풍성한 공급원”이기에 충분한 교육과 자원이 주어지기만 한다면 주민들이 각자 자신의 운명을 개척해 나가고, 고유의 가능성을 실현시킬 수 있을 것이라고 보았다(Geiger 2002; S. B. Rifkin and Walt 1986)

1978년 알마아타에서 국제사회는 모두의 건강(Health for All)을 위한 포괄적 일차건강돌봄의 구상을 제시했다(WHO, 1978). 알마아타에서 국제사회는 건강을 질병의 부재라는 협소한 의미가 아닌 신체적·정신적·사회적 웰빙으로 규정하고 이를 위해 건강에 영향을 미치는 사회적·경제적·정치적 조건을 변화시켜 나가자고 요청했다. 알마아타 선언은 사람들이 권력강화

(empowerment)<sup>①</sup> 되고 건강하지 못하게 만드는 조건들을 집합적 행동(collective action)을 통해 스스로 변화시켜 나가기를 기대했다는 점에서 인구집단의 건강 수준을 향상하기 위한 기술적 원칙을 넘어 사회 변혁에 대한 급진적 관점을 담고 있는 것이었다(Baum, 2007; Narayan, 2000). 참여와 권력강화에 대한 알마아타의 관점은 1986년 건강증진에 대한 오타와 헌장(WHO 1986), 21세기 건강증진에 대한 자카르타 선언(WHO 1997), 2008년 건강의 사회적 결정요인 위원회의 건강불평등 보고서(WHO 2008)로 이어져 왔다(Lindström and Eriksson 2009).

이론과 이념 차원에서 그 가치가 인정되었음에도 불구하고 대부분 국가에서 포괄적 일차건강돌봄과 그 전략으로 참여는 제대로 실현되지 못하고 지향과 전망으로 남았다. 1970년대 세계적 경제 불황과 이어진 정치적 우파의 득세, 1980년대 시작된 세계은행과 IMF의 구조조정 프로그램과 조건부 차관 정책 전개는 건강 영역에도 유사한 변화를 야기했다. 많은 국제기구와 국가에서 특정 질병에 초점을 둔 수직적 건강 개입을 추구하는 선택적 일차의료(selective primary care) 관점이 선호되었다. 록펠러 재단과 유니세프는 알마아타의 포괄적 접근이 비현실적이라고 비판하며 생의학적 관점과 기술적 접근을 적극적으로 옹호했다(S. B. Rifkin and Walt 1986). 같은 시기 건강 영역의 주도권이 WHO에서 세계은행으로 넘어가면서 지역사회 참여에 대한 관점은 또다시 변화를 겪었다. 세계은행이 재원을 마련한 대규모 보건사

---

① 임파워먼트(empowerment)는 국내에서 합의된 번역어가 없고, 맥락에 따라서 지칭하는 범위가 의미가 이질적인 개념이다. 학제와 맥락에 따라 이는 임파워먼트, 권능부여, 권한부여, 역능화, 자력화, 권한강화, 세력화 등으로 번역되어 활용되고 있는 것으로 파악된다. 임파워먼트는 주민참여의 내재적 목표로 '외부 주체가 주민들에게 권력을 부여하고 위임'하는 것이 아니라 주민들이 스스로의 삶에 미치는 영향력, 힘, 권력이 커지고 이를 통해 기존의 권력관계를 변화시키는 것을 의미한다. 여기에서는 em+power+ment의 핵심 어소인 power를 '권력'으로 번역하는 사회과학의 일반적 관행을 따르는 것이 개념의 본래 의미를 전달하는 데에 적절하다고 판단하며, 이에 따라 empowerment를 권력강화로 쓴다.

업에서 참여는 재정적인 의미에서 본인부담금 부과를 통한 비용분담(cost-sharing)이나, 사업에 대한 지역 주민들의 책임분담(co-responsibility)을 의미했다. 이 과정에서 알마아타에서 논의된 참여와 권력강화의 기획은 탈정치화, 분절화되었다. 임파워먼트는 스스로 문제를 찾아내고 해결할 수 있는 집합적 주체의 권력강화보가 아니라 공동체 외부에서 부과된 목표를 효율적으로 달성하기 위해 수혜자의 능력(ability)과 역량(capacity)을 키워야 한다는 주장으로 환원되었다(Baum 2007; De Vos et al. 2009). 생의학적 모형에 따른 수직적 개입이 건강 개입의 보편적 형태로 자리 잡으면서 건강 영역의 참여는 다른 목적들을 달성하기 위한 수단으로 전략화, 방법화되었다(S. B. Rifkin 1996).

이런 추세에도 불구하고 전반적으로 건강 영역에서 참여의 내재적 가치를 강조하는 관점 또한 규범적, 실천적 힘을 잃지 않았다. 지역보건은 솔 알린스키(Saul D. Alinsky)와 파울로 프레이리(Paulo Freire)의 영향을 받아 일상 생활에서 출발해 주민이 주도권을 가지고 지역을 바꾸어 나가는 지역운동과 결합하면서 참여를 주요 전략으로 삼았다(조병희 2010; 김창엽 2014). 보편적 접근으로 해결이 어려운 소외된 공동체의 특수한 문제들을 해결하기 위해 지역사회의 자발성과 주체성을 강조하는 접근이 다양하게 발전되었다. 이런 접근은 연구방법이자 실천, 태도로서 지역사회기반 참여연구(Community Based Participatory Research, CBPR)로 발전되어 널리 활용되게 되었다(Robertson and Minkler 1994; 유승현 2009).

권력강화적 참여를 옹호하는 이들은 참여를 방법·기술로 여기고 외재적 가치(extrinsic value)를 지향하는 도구로서 참여(participation as a mean)와 내재적 가치(intrinsic value)로 집합적 권력강화를 강조하는 목표로서 참여(participation as an end)로 구분한다(Morgan 2001). “권력강화적 참여(participation as empowerment)”는 참여의 내재적 목적을 부각시키기 위한 개념으로 참여를 자신의 삶에 영향을 미치는 사회적 정치적 결정에 대해 더 많은 통제를 행사할 수 있도록 개인적 역량을 향상하고 더 많은 자원을 확

보하며 집합적 통제를 강화해야 한다는 관점에서 개념화한다(S. B. Rifkin 1996; S. B. Rifkin 2003; Blacksher 2013; Tisdall 2013). 권력강화적 참여를 강조하는 연구자들은 민주주의를 심화하기 위한 해방적 기획 속에서 참여를 재정치화(re-politicize)해야 한다고 주장한다(De Vos et al. 2009; Williams 2004). 건강 영역에서 참여가 지역사회가 자력으로 실천하는 국소적 문제 해결을 위한 도구에 그치지 않고 구조적 불평등의 결과인 건강불평등을 해소를 위한 전략이 되기 위해서는 지역사회의 권력강화를 사회적 통제와 연결하기 위한 제도적 배열이 중요하다. 세계보건기구의 건강의 사회적 결정요인 보고서에서도 이와 같은 사회권력 강화의 관점을 재확인했다. 건강의 사회적 결정요인 위원회는 전세계적으로 건강 수준의 극적인 개선이 이루어졌지만 사회적 불평등과 건강 격차가 줄어들지 않는 상황을 타개하기 위해 자원·권력·돈의 재분배가 필요하며, 이를 위해 사람들이 자신의 삶에 영향을 미치는 정치에 충분한 영향력을 행사할 수 있어야 한다고 강조했다(WHO 2008). 최근 한국에서도 강조되고 있는 건강불평등 해소를 위한 참여는 불평등한 권력관계를 변화시킴으로써 돈, 자원, 권력 불평등을 비롯한 건강의 사회적 결정요인들을 개선하는 것을 목적으로 한다. 이 때의 참여는 기존에 자원과 권력 분배에서 소외된 공동체가 공적 의사결정과정에 대한 영향력을 확보하고, 집합적 권력을 확보하는 것을 의미하기에 필연적으로 정치적이고 사회적인 과정이 된다(Coelho, 2013; Ottersen et al., 2014; Whitehead et al., 2016).

## 2) 한국 건강 영역에서 참여

한국 건강 영역에서도 참여는 건강문제를 해결하기 위한 원리로 호명되어 왔다. 1970년대 지역사회보건과 일차보건사업에서 정부는 지역주민의 자발적 참여와 조직적 협력을 통해 지역의 건강 필요를 충족하고자 하였다. 이는 주로 부족한 자원을 지역사회 내에서 동원하려는 것이었지만, 같은 시기

에 일차보건의료서비스를 제공하는 공공의료시설이 확대되고 보건의료서비스 접근성이 향상되면서 주민들의 호응을 얻었다.

한국에서 본격적으로 주민참여를 통해 지역의 건강 문제를 해결하고자 했던 경험 중 가장 많은 이들의 기억 속에 남아 있는 대표적인 정책은 마을건강사업과 마을건강원 제도이다. 마을건강사업은 1970년대 한국의 농어촌 지역에서 면 단위를 1차 개입 단위로 설정하고 면에 거주하는 전 주민을 대상으로 하는 지역보건사업이었다. 이 시기 한국에는 일차보건의료 공급을 위한 민간 의료기관과 공적 전달체계가 구축되어 있지 않았기에 정부는 병원 중심 진료를 대체할 수 있는 지역사회 중심 일차보건의료 개입을 모색했다. 사업은 지역사회 건강에 관해 1년간 훈련을 받은 간호사인 보건진료원(Community Health Practitioner)과 해당 지역에 거주하는 비전문가(lay person)로 약간의 훈련을 거친 후 지역에서 필요로 하는 보건 활동을 수행하는 마을건강원(Village Health worker)<sup>②</sup>을 배치했다. 지역보건에 대한 주민들의 통제를 위해 지역의 유지들이 위원으로 참여하는 보건위원회가 설치되었다(김창엽, 2011. p.77-88).

보건진료원을 중심으로 하는 마을건강사업은 일정 기간동안 의료자원이 없는 지역에서 일차의료를 제공하는 데에 유의미한 역할을 했다. 정부는 정부는 행정리 단위에 최소한 1명의 마을건강원을 선발하여 훈련, 배치하는 것을 목표로 사업을 확산했고, 1985년과 1986년에 각각 6,000명, 1987년 3,000명, 총 15,000명의 마을건강원을 훈련했다. 마을건강원은 일정 기간 의미있는 보건사업의 주체로 지역의 건강문제를 다뤘다. 관련해서 1987년 조사서는 마을 건강원이 연 평균 보건교육 7.9회, 예방접종과 홍보 3.4회를 수행하고 6개월 간 응급세트 9.8회 사용했다고 기록하고 있다(김창엽, 2011. p.126-128).

---

<sup>②</sup> 마을건강원이라는 용어는 1977-1980년 한국보건개발연구원이 시범사업을 시행하며 사용한 용어로 그 외에도 '가정건강요원', '마을보건임원', '마을건강요원' 등이 같은 의미의 용어로 사용되었다

지역사회에 기초한 포괄적 접근전략을 통해 지역의 일차적 건강 요구를 충족하고자 했던 마을건강사업은 이를 둘러싼 환경이 변화함에 따라 점차 실질적 의미를 상실했다. 전국민 건강 보험제도가 확산되고 민간의료기관이 폭발적으로 증가하면서 소위 의료취약지가 줄어들고 치료적 서비스에 대한 수요가 확산되면서 마을건강원과 지역보건위원회의 활동이 감소하고, 주민들의 관점에서 건강에 대한 요구를 충족시키는 역할을 하지 못하게 되었다. 정부가 중심이 되어 진행된 관 중심의 사업에서 마을건강원은 주민이 대표로 의견을 제시하거나 지역사회의 건강과 관련된 활동을 수행하는 안내자·지도자의 역할을 수행하기도 어려웠다. 보건진료원 역시 주민참여를 이끌어내거나, 지역의 고유한 건강 필요를 찾아내고 해결하는 수행하는 적극적인 역할을 차츰 상실하고, 벽오지에서 개인 수준의 진료 서비스를 담당하게 되었다(김창엽, 2011. p.104-105).

이후 한국 건강 영역에서 명목상의 규범적 원칙으로 머무르던 참여는 최근 몇 가지 맥락 위에서 다시 중요한 의제로 논의되기 시작했다. 먼저 보건이 개인의 질병이 아니라 삶의 포괄적 영역에서 변화를 목적으로 해야 한다는 건강증진과 신 공중보건의 관점은 지역사회 역량을 향상시킴으로써 건강을 개선하고자 하는 지역사회 기반 개입(area-based approach)에 대한 관심으로 이어졌다(조병희 외, 2007; 정민수와 조병희 2011; 유승현 2009; 유승현 2012). 사회 자본으로 개념화되곤 하는 다양한 관계적 자원이 지역사회의 건강을 향상에 기여할 수 있다는 근거가 축적되고(조병희와 정민수 2012; 정민수와 조병희 2011) 보건사업에서 주민 참여와 상향식 의사결정을 강조하는 지역사회 기반 개입이 확산되었다. 이런 관점을 공유하는 건강도시사업이 민선지방자치단체들에 의해 경쟁적으로 추진되었고, 지방자치단체들은 건강불평등 해소를 위한 새로운 사업으로 참여적 건강 개입을 도입하게 되었다.

이런 추세는 근래 확산되고 있는 참여형 지역보건사업에서 확인된다. 대부분 지역 내 건강불평등 해소를 목적으로 시작된 이 사업들은 보건소 등

공공의료기관 대신 주민들의 일상이 이루어지는 생활공간(주로 읍면동 단위)을 개입 단위로 참여적 건강개입을 실시하는 것을 특징으로 한다. 국내에서 확인되는 사업으로는 반송 건강마을 만들기(2008년~)와 부산시 건강한 마을 만들기 사업(2010년~), 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업(2010년~), 보건복지부의 참여형 건강증진모형 개발 시범사업(2012~2014년), 강원도 건강플러스 마을만들기 사업(2013년~), 경상북도 건강새마을 조성사업(2014년~), 서울시 소생활권 건강생태계 기반조성 지원사업(2015년~) 등이 대표적이다.

건강 정책이나 급여우선순위 결정과 같이 거시적 의사결정에 대한 참여의 중요성에 대한 인식도 확대되고 있다. 국민건강보험공단은 건강 정책 영역에서 시민참여를 제도화하고 있는 해외 국가들의 사례를 참고해 건강보험 보장성에 대한 시민위원회를 구성했다. 시민위원회는 두 번의 속의 회의를 통해 시민들의 의견을 제출했다(권순만, 오주환, et al. 2012; 권순만, 유명순, et al. 2012). 시민들이 직접 대선 건강 공약을 만드는 ‘2012년 내가 만드는 건강공약’ 행사(시민건강증진연구소 2012)가 열리기도 했다. 이런 참여 사례들은 지속적인 참여는 아니지만 보다 상위 수준의 의사결정에 대해 더 많은 참여가 필요하고, 비교적 전문적이고 기술적인 것으로 되어 있는 건강 영역에서도 시민들이 유의미한 개입을 할 수 있다는 것을 의미한다.

이 외에도 건강보험과 관련된 의사결정에 가입자 대표가 참여하도록 제도화한 건강보험정책심의위원회에서 정부의 독점적 영향력이나 형식적인 시민 참여에 대한 문제가 제기기가 지속되고(이재훈 2015; 이찬진 et al. 2017) 지역보건의료계획수립에서 실질적 시민참여를 위한 장치가 필요하다는 논의(정백근 2018a; 장명화 2014)가 이어지고 있다. 이런 요구에 부응하는 참여적 거버넌스 사례도 늘어나고 있다. 일례로 서울시는 2014년부터 시의 건강 관련 의사결정에 대한 자문을 구하기 위해 시민건강위원회를 설치했고, 제주도는 지역의 영리병원 허가 여부를 결정하기 위해 속의형 공론조사를 실시했다.

건강 영역에서 참여에 대한 요구가 강화되는 데에는 여러가지 이유가 있다. 먼저 상업화된 의료서비스에 대한 불신으로 인해 보건의료서비스에 대한 공적 통제 강화를 요구하는 경향이 있다. 이윤을 목적으로 보건의료서비스의 질을 포기·방임하면서 야기된 여러 사건이 공론화되면서 시민들은 더 이상 의료의 질을 전문가의 내부 통제에 맡기는 데에 동의할 수 없게 되었다. 의료제공자들이 오로지 환자의 건강을 위해 행동하기 어려운 구조 속에서 한국의 의료인 일반에 대한 환자들의 신뢰는 매우 낮다(김정희 외, 2016). 점차 더 많은 환자들이 서비스 이용자이자 건강보험 가입자로서 권리를 주장하고, 치료적 의사결정에 참여할 권리를 요구하고 있다. 의사결정 구조와 집행과정 모두에서 지금보다 더 투명하고 책무성 있는 의료를 지향해야 한다는 요구는 명백하다(윤강재 외, 2013: 12).

한국을 포함해 대부분의 국가에서 보건의료자원배분의 우선순위 결정(prioritization)은 중요한 문제이며 이 과정에서 민주적 정당성을 확보하기 위한 시민참여가 강조되는 분위기도 있다. 건강과 관련된 자원 배분은 복잡하고 다원적 가치가 반영되어야 하는 대표적인 까다로운 문제(wicked problem)다. 누구에게 어떤 서비스를 보장할 것인지에 대한 의사결정이 전문가와 관료, 이해당사자들에게 독점되어 있는 상황은 더 이상 당연하지 않다. 보건의료자원배분의 우선순위 결정과정의 절차적 정당성을 확보하기 위해서는 가치와 관련된 의사결정을 일반 시민에게 공개하고 사회적 합의를 반영해야 한다. 관련해서 해외 국가들은 건강을 위한 자원배분에서 비용효과성에 치중한 기술적 접근의 한계를 극복하기 위해 다양한 시민 속의(public deliberation)를 실험하고 있으며(Davies, Wetherell, and Barnett 2006; Degeling et al. 2017) 우선순위 결정과정에 속의적 참여를 제도화 한 국가도 여럿이다. 한국에서도 건강보험 급여화 논의를 중심으로 속의 제도의 도입에 대한 논의가 이루어지고 있다(권순만 외, 2012a; 권순만 외, 2012b).

공적 의사결정에서 민주주의 심화와 참여적 거버넌스에 대한 요청이 건강 영역으로 침투해 들어오고 있는 것도 중요하다. 이는 시민들이 더 이상 정



책의 대상이 아니라 정책의 공동생산자(co-producer)로 인정받고 직접 영향력을 행사해야 한다는 관점이 주류화(mainstreaming)되어가고 있는 것과 무관하지 않다(유창복 2017). 건강과 보건의료에 대한 의사결정이 관료와 보건의료전문가들에게 독점된 상황은 점차 당연하지 않은 것이 되어가고 있다. 시민의 참여와 통제는 기존 정책과정에 대한 대중적 불신과 불만을 해결하기 위한 방안이자 교착상태에 빠져 있는 문제들을 해결하기 위한 실질적 대책이기도 하다(강주성 2017; 오건호 2018).

### 3) 참여의 어려움과 한계

공중보건과 건강정책 영역에서 참여가 규범적 힘을 가지는 것은 이 영역이 다른 영역에 비해 당사자와 시민이 주체적으로 의견을 피력하기 어려운 구조를 가지고 있기 때문이기도 하다. 보건의료영역의 전문성과 기술적 특수성은 엘리트주의적 의사결정을 정당화해왔다(권순만, 오주환, et al. 2012; 이영희 2002). 지식을 독점하며 당사자를 대신해 결정을 내리는 근대적 전문가의 전형으로 의료전문가가 예시되는 데에서 볼 수 있듯(Parsons 1975), 보건의료는 위계적, 하향적 의사결정이 일상화된 영역이다. 이는 미시적인 환자-의사 관계뿐만 아니라 건강정책과 공중보건개입 같은 거시 영역에서도 유사하다. 지금까지 한국 건강 영역에서 정책결정자나 관료, 의료전문직과 학자 등은 공적 의사결정을 독점해 왔다. 보장성 강화 정책이나 의료전달체계 개편 등 최근 정책논의에서도 국민의 건강은 정책 대상일 뿐 일반 시민들의 관점을 반영하기 위한 실질적 노력은 찾아보기 힘들다.

한국 보건의료의 구조적·역사적 맥락도 건강 영역에 대한 공적 통제를 부과하기 어렵게 만든다. 한국에서는 건강과 보건의료에 대한 국민의 요구가 조직적으로 정치화하지 않은 상황에서 1989년 정부 주도로 전국민의료보험이 도입되었다. 전국민의 보험가입을 의무화하는 건강보험이 단기간에 도입되었지만 의료서비스 공급은 대부분 민간에게 맡긴 상태에서 급격한 경제발

전이 이루어졌고, 이와 함께 민간의료공급이 급격하게 팽창하면서 건강의 의료화가 전면적으로 진행되었다. 건강은 생의학적 관점에서 이해되어 병원의 전문가들이 해결해야 할 문제로 축소되고, 보건의료정책, 그 중에서도 보험 정책이 주요 의제를 독점하면서 그 외의 건강 문제는 주변화되었다. 건강 정치의 의료화, 정책화, 전문화는 전문가와 관료의 의사결정 독점을 강화하면서 일반 시민들의 관점과 경험을 반영할 수 있는 정치 공간을 축소했다. 의료보험과 공공의료, 건강과 관련된 자원배분은 명백히 정치적 의제임에도 정치적 문제로 사회화되지 못하고 기술적인 사안으로 환원되는 경향이 자리 잡았다(김창엽, 2017b).

일반 민주주의의 발전이라는 시각에서 한국의 특수한 상황도 영향을 미친다. 1987년 이른바 형식적 민주주의가 자리 잡았지만 한국 사회에서 공적 의사결정에 더 많은 시민들의 사회경제적 이해관계를 반영하기 위한 민주적 형식과 절차, 내용은 여전히 미숙하다. 실질적 민주주의가 결여된 상황은 보건과 의료 영역도 동일하게 나타난다. 참여를 위한 형식적 장치들이 존재하기는 하지만 건강 영역에서 시민들의 참여가 정책의사결정에 유의미한 영향을 미친 사안이나 실질적 참여가 이루어진 사례는 찾기 어렵다. 대표적인 가입자 참여 제도인 건강보험정책심의회에서 가입자 참여자들은 충분한 영향력을 행사하지 못한다는 것이 일반적인 판단이다. 명목상 전체 위원 중 1/3이 가입자 대표들로 구성되고 있지만 이들이 실질적으로 논의에 참여할 수 있는 구조가 마련되어 있다고 보기 힘들고(한주성과 김창엽, 2017) 전문평가위원회나 약제급여평가위원회 같은 경우에는 가입자 대표의 참여 자체가 제한되어 있다. 지역보건의료계획에 대한 주민 참여도 실질적인 영향력을 행사한다고 보기 어렵다. 지역보건의료계획 수립과정에서 보건소에 의해 이루어지는 주민 참여는 대부분 형식적이고 주민들이 실질적으로 개입하기 위한 공간과 자원이 주어지지 않는다(장명화 2014).

지금까지 한국에서 참여에 대한 학술적 논의는 건강 결과를 개선하기 위한 참여의 외재적 가치를 중심으로 이루어졌다. 근래 건강증진 개입에서 건

강 문화와 행태 변화를 위해 주민 참여를 필요조건으로 설정하고 기존 보건 사업의 실패를 극복하기 위한 대안으로 지역사회 참여를 강조하게 되었지만 이들은 대부분 참여의 외재적 목표로 건강을 우선시하며(김용익 1992; 윤태호 2016; 이경수, 정백근와 곽현근 2016) 이에 대한 참여에 대한 근거 생산 역시 이런 도구적 관점에서 이루어지고 있다.

이에 비해 참여의 내재적 가치인 권력강화를 중심으로 참여의 과정과 결과를 검토한 연구는 찾아보기 어렵다. 참여형 건강 개입들은 많은 경우 참여의 개념과 목표를 명확하게 제시하지 않는다. 내재적 목적의 참여와 외재적 목적의 참여를 뚜렷하게 구분하면서 한 가지 관점을 선택하는 경우도 드물다. 지역사회 주민참여가 건강 결과와 직접적인 연관이 있다는 확증적 근거를 찾기 어려운 가운데(S. B. Rifkin 2014; George et al. 2015; Hoon Chuah et al. 2018) 규범적 차원에서 참여를 옹호하고, 참여의 내재적 가치를 명분으로 제시한 후 사업 과정이나 평가에서는 건강 지표를 측정하는 참여의 도구화가 반복되고 있다. 명시적으로 참여의 도구화를 지양하고 참여의 결과로 집합적 권력강화를 평가하기 위한 질적 도구를 개발하여 활용하는 해외의 사례(S. B. Rifkin 2003; Draper, Hewitt, and Rifkin 2010; Baatiema et al. 2013)에 비견하게 권력강화를 참여의 결과로 체계적으로 평가하고 분석한 국내 연구도 확인되지 않는다.

참여의 과정과 결과는 필연적으로 복잡하고 유동적이다. 시민들이 주체적으로 자신들의 고유한 문제를 해결하는 과정으로 참여는 맥락의존적인 열린 체계 내의 과정이다. 참여의 복잡하고 역동적인 과정을 파악하고 건강 영역에서 권력강화의 과정을 살펴보기 위해서는 명시적으로 참여의 내재적 목적에 초점을 맞춘 연구가 필요하다. 권력강화적 참여를 촉진하기 위해서는 복잡한 사회적 맥락 속에서 참여가 촉발하는 상호작용을 분석하고 이에 대한 근거를 축적해야 한다. 참여적 건강개입을 통해 시민들이 건강에 대한 정치적 권리를 주장할 수 있는 힘을 길러내고, 더 나아가 건강에 대한 사회적 통제를 강화할 수 있는 다층적 조건들을 탐색해야 한다.

## 2. 연구 목적

이 연구에서는 참여를 맥락에 따라 상호의존적으로 벌어지는 과정으로 보고 권력강화의 관점에서 참여적 건강 개입의 과정과 결과를 살펴보고자 하였다. 이를 위해 참여의 개념적 특성을 논의하고, 건강 영역에서 참여가 논의되는 맥락과 참여의 효과에 대한 기존의 근거를 살펴본다.

이어서 경상북도에서 실행되고 있는 주민참여적 건강 개입의 사례에서 실제 주민참여의 과정과 결과를 탐색하였다. 참여의 내재적 목적으로 지역사회 권력강화에 초점을 맞춰 참여의 과정을 살펴보고, 사례의 주민참여적 건강 개입에서 도출되는 의미를 해석한다. 연구는 이론적 고찰을 통해 개념화한 권력강화적 참여의 관점에서 참여의 과정을 살펴보고, 관찰에서 발견한 권력강화적 사건들을 맥락적으로 설명하는 데에 초점을 맞춘다. 따라서 이 연구는 사례로 선정한 사업에 대한 평가를 내리는 대신 권력강화의 관점에서 참여 과정을 서술하고 설명하기 위한 대상으로 사례를 다룰 것이다. 이를 위해 설정한 구체적인 연구 질문은 다음과 같다.

첫째, 건강 영역에서 참여는 어떤 맥락에서 논의되고 있는가?

둘째, 사례에서 참여의 과정과 결과는 어떠하였는가?

셋째, 사례에서 주민들의 권력강화가 확인되었는가?

넷째, 사례의 건강증진개입에서 주민참여는 어떤 맥락적 요인들의 영향을 받았는가?

### 3. 논문의 구성

이 연구의 구성은 다음과 같다.

2장에서는 건강 영역에서 참여에 대한 기존의 논의들을 검토하였다. 참여가 어떤 개념적 특성을 가지고 있는지 살펴보고, 건강 영역에서 참여가 논의되는 주요 맥락을 살펴본다. 내재적 가치를 목적으로 하는 참여를 권력강화적 참여로 개념화하고, 권력강화의 과정을 보다 구체적으로 논의하기 위해 권력에 대한 서로 다른 관점들을 검토한다. 이후 한국에서 참여적 건강개입의 사례들을 살펴본다.

3장 연구전략에서는 연구 입장으로 비판적 실재론적 관점을 소개하고 연구가 참여의 과정을 논의하기 위해 실재론적 관점의 심층사례연구방법을 택한 이유를 제시한다. 이어서 사례 선정의 근거를 제시하고 자료 수집과 분석 방법을 설명한다.

4장은 연구 결과로, 연구 사례를 크게 세 부분으로 구분해서 기술한다. 첫 번째 절에서는 경상북도 건강새마을 조성사업의 도입 배경과 연구사례를 대하는 연구자의 입장을 논의한다. 두 번째 절은 연구 사례의 사업 진행에 따라 그 과정을 구체적으로 기술하였다. 사업 매뉴얼과 보건소의 보고서가 제시하는 사업 단계를 따라 사업의 구체적인 내용들을 서술한다. 세 번째 절은 권력강화적 참여 관점에서 사업의 주민참여를 분석한다. 사례에서 파악할 수 있는 주민참여를 세 가지 층위로 구분하고, 각각의 층위에서 관찰되는 권력 관계 변화를 토대로 지역사회의 권력강화를 포착했다. 이후 다원적 권력 개념과 권력강화적 참여의 차원에 대한 프레임워크를 활용해 주민참여적 건강개입에서 관찰되는 권력강화의 과정을 설명한다.

5장 ‘결론’에서는 연구 결과를 종합, 고찰함으로써 정책적 함의를 도출하고 연구의 기여와 한계를 제시한다. 이상의 연구 흐름을 도식화하면 이는 다음과 같다(표1).

표 1. 논문 구성

서론	<p>연구 배경 및 필요성</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강 영역에서 참여</li> <li>• 참여의 어려움과 한계</li> </ul> <p>연구 질문, 연구 목적, 논문 구성</p>
이론적 배경	<p>참여의 개념적 특성: 추상성, 복잡성, 역동성</p> <p>참여가 논의되는 맥락</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 주민동원과 지역개발</li> <li>• 건강증진, 신공중보건</li> <li>• 건강 영역에서 시민 속의</li> <li>• (신)자유주의적 통치와 참여</li> <li>• 건강불평등 해소를 위한 전략으로 참여</li> </ul> <p>건강 영역에서 참여의 효과</p> <p>권력강화적 참여</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 참여의 내재적 목표, 권력강화</li> <li>• 참여와 권력</li> <li>• 권력강화적 참여의 지표</li> </ul> <p>기존 한국의 참여적 건강개입</p> <p>: 보건복지부, 부산, 경상남도, 강원도, 서울시</p>
연구전략	<p>연구 입장과 방법</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 실재론적 관점의 심층사례연구</li> <li>• 단일사례연구</li> </ul> <p>사례 선정, 자료 수집, 자료 분석</p> <p>연구의 신뢰성과 타당성</p>
연구 결과	<p>연구 사례: 경상북도 건강새마을 조성사업</p> <p>사업 구성요소와 투입</p> <p>권력강화적 참여</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 권력강화적 참여의 과정에 대한 조작적 틀</li> <li>• 권력강화적 참여의 과정</li> <li>• 참여에 영향을 미치는 맥락</li> <li>• 건강증진사업에서 권력강화적 참여</li> </ul>
결론	<p>연구결과의 종합, 고찰</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 사람들의 관점에서 건강과 건강증진의 필요성</li> <li>• 참여불평등과 지역 내 불평등</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정부 주도 참여적 건강개입의 제약과 가능성</li> <li>• 권력강화적 참여를 위한 조건</li> <li>• 방법론적 고찰: 실재론적 관점의 사례연구</li> </ul> 연구의 기여, 한계, 향후 과제
참고문헌과 부록	참고문헌 현지조사 일시, 장소, 분류 전문가인터뷰 경상북도 건강새마을 조성사업 추진 경과 건강새마을 조성사업의 교육 내용

## II. 이론적 배경

### 1. 참여의 개념적 특성

#### 1) 참여의 추상성

참여는 사람들이 자신과 관련이 있는 의사결정에 영향력을 행사하게 되는 과정을 의미하며 이는 그 자체로 규범적 의미를 가진다. 그러나 참여 개념 그 자체는 참여의 주체와 지향, 목적, 범위 등을 내포하지 않는다. 참여적 접근이라는 서술만으로 참여가 어떤 맥락에서 누가 무엇에 대해 어떤 수준의 통제력을 획득하는 과정인지 파악할 수 없고, 그것이 무엇을 목적으로 하는지도 알 수 없다. 이런 참여의 추상성은 종종 참여에 대한 서로 다른 관념(conception)으로 이어진다. 미국 정치학자 에델만(Edelman)은 참여의 이와 같은 추상성을 자유주의자와 권위주의자, 급진주의자 모두가 참여를 지지하지만 각자의 머릿속으로는 서로 다른 목표를 가지고 있다고 냉소적으로 표현했다(Edelman 1977). 서로 다른 정치 진영에서 시민참여에 대한 주장을 통해 정치적 상징성을 획득하고자 하지만 각자가 추구하는 목적이 다른 데에 있기에 막상 주장되는 참여의 의미가 공허하다는(the semantic hollowness of participation) 것이다.

그러나 참여가 통일되지 않는 관념과 양상으로 나타난다고 해서 참여의 의미와 가치를 폄하할 이유는 없다. 위에서 말한 참여 개념의 혼란은 참여 개념의 추상적 수준이 높기 때문에 현실과 경험에서 참여가 다면적·다층적 속성을 가지고 있는 것과 연관이 깊다. 예를 들어 건강 영역에서 참여 주체가 시민, 일반인, 환자, 납세자, 지역주민, 이용자, 소비자, 당파적 참여자까지 다양하고 논의되는 사안의 내용과 층위에 따라 참여 방식과 목표가 다르다는 것이 참여가 무의미하다는 결론으로 이어질 이유는 없다. 미시적 보건 의료서비스 의사결정에서부터 사회적 자원배분에 대한 공적 숙의에 이르기까지 참여는 전혀 다른 경험과 모습으로 나타나지만 이들을 관통하는 원리



로 자기통제와 권력강화가 참여를 규정한다는 사실은 변하지 않는다. 오히려 비어있는 기표로 참여의 열린 가능성은 사람들이 자신들에게 주어진 삶의 조건을 성찰하고 참여의 공간에서 주체성을 발현하게 되었을 때 각자의 정치적 이해관계에 의해 참여를 옹호했던 세력들이 권력강화된 참여자들을 통제할 수 없게 된다는 데에서 온다.

## 2) 참여의 복잡성

건강 영역에서 참여는 다양한 요소를 투입해 참여자들의 생각과 지식, 행동 변화를 이끌어내고자 하는 과정이다. 이는 참여가 통상적인 임상의학에서 개입과 전혀 다른 과정을 통해 변화를 이끌어내고자 한다는 것을 의미한다. 참여적 접근에서 개입의 대상이자 주체인 참여자들은 능동적 행위자로 행동한다. 이는 대체로 개별 의지와 무관하게 중재 약물에 반응하는 신체적 반응과는 다른 의미와 특성을 가진다. 참여자들은 다양한 활동에 참여하고 관계를 형성하고, 이들의 상호작용은 참여자들의 개인적 속성과 지식, 경험, 그리고 이들이 속해있는 사회의 속성과 영향을 주고받는다.

이런 의미에서 참여적 건강 개입은 대표적인 복잡한 중재(complex intervention)라고 볼 수 있다. 영국 의학연구위원회(Medical Research Council)는 복잡한 중재를 “상호작용하는 다수의 투입 요소로 구성된 개입”이라고 정의한다. 이런 중재들은 다층적 수준의 변화를 목표로 하며 개입이 이루어지는 맥락의 영향을 받기에 통상적인 실증주의적 관점에서 이해하고 설명하기 어렵다(Moore et al. 2015).

참여의 복잡성은 참여의 효과를 규명하기 어렵게 만든다. 전통적 보건학 연구들은 단일 개입 요소의 작동에 초점을 맞추고 이 외의 다른 모든 요인들을 동일하게 통제함으로써 개입의 효과를 포착한다. 다소 이질적일 수 있는 개입을 조작적으로 정의하고 처치를 표준화함으로써 처치의 효과를 추정하고 이를 일반화할 수 있다고 본다. 이런 관점에서 연구참여자들을 무작위

할당하고 눈가림법을 적용하는 무작위 실험(randomized trial)은 중재의 효과를 파악하기 위한 가장 좋은 방법이다. 보건학뿐 아니라 실증주의적 관점을 택하는 사회과학 연구들에서도 개입 효과를 추정하는 데에 다른 모든 조건이 동일하다는 가정(ceteris paribus hypothesis)은 인과적 효과 추정의 핵심 요소이다.

개입을 제외한 다른 요인들을 최대한 통제하는 폐쇄 체제(closed system)에서 효과를 검증하고자 하는 실증주의적 관점은 건강 영역에서 참여를 포착하는 데에 일정한 한계를 가질 수 밖에 없다(Draper, Hewitt, and Rifkin 2010; S. Rifkin and Pridmore 2001). 이는 참여로 개념화되는 건강 개입들의 수준과 양상이 매우 다양하여 이질성을 통제하기 어려울 뿐만 아니라 참여가 맥락에 따라 다른 과정과 결과로 이어질 수 있는 복잡한 과정이기 때문이다. 참여의 이러한 복잡성은 통제해야 할 변이(variation)이기 보다는 참여적 개입 그 자체의 속성이다. 투입과 산출을 단절적으로 구분하기 어렵다는 것도 특징이다. 동일한 목적과 목표를 설정하고 동일한 자원을 제공한 주민 참여적 건강마을 만들기 사업이라고 하더라도 지역적 맥락에 따라, 주민들이 권력강화되는 역동적 단계에 따라, 개별 행위자가 의식화되고 관계를 형성하는 과정에 따라, 개입 결과만 아니라 개입 내용 그 자체가 변화한다.

참여의 이와 같은 복잡성을 고려한다면 참여의 효과를 파악하기 위한 접근이 기존의 전통적인 틀을 벗어나야 한다. 이를 반영하듯 건강 영역에서 지역사회 참여에 대한 리뷰 연구를 수행한 연구자들은 ‘지역사회’와 ‘참여’ 모두에 대해 표준화된 정의를 내리기 어렵고, 각각의 연구에서 이들이 다양한 개념으로 사용되기에 이에 대한 명료한 근거를 종합하기가 어렵다고 말한다(George et al. 2015; Popay 2006; Mubyazi and Hutton 2012; McCoy, Hall, and Ridge 2012; Hoon Chuah et al. 2018). 참여가 특정한 결과를 달성하는 데에 기여했다는 근거를 생산하는 연구에서도 저자들은 연구의 결과가 상황의존적 근거이기에 이를 토대로 참여의 효과를 예측하기는 어렵다고 말한다. 관련해서 Rifkin은 표준화할 수 없는 참여를 한가지 개입으로 뭉뚱

그리는 대신 특정한 참여적 개입이 어떤 긍정적인 결과(예를 들어 영아사망  
율 감소 같은)로 이어졌을 때 이것이 어떻게 가능했는지 그 과정에 대한 면  
밀한 검토를 하는 방식으로 지역사회 참여에 대한 접근을 뒤집어야 한다고  
말한다(S. B. Rifkin 2014).

참여와 같이 복잡한 중재에 대한 연구는 개방 체제 속의 맥락의존적 효과  
를 고려해야 한다(Moore et al. 2015). 이런 경우 연구 질문은 ‘참여의 결과  
가 무엇이고 그 크기는 어떠한가’가 아니라 ‘참여는 어떤 상황에서 어떤 이  
들에게 어떻게 작동하는가’로 전환되어야 한다. 이질적이고 복잡한 참여적  
개입의 핵심 개입 요소가 무엇이고 개입의 이론이 무엇인지 명료하게 제시  
하는 것은 재현가능성(replicability)보다는 적용가능성(applicability) 있는 근  
거 생산을 목적으로 한다. 참여의 복잡성을 단순화하지 않으면서 역사적, 문  
화적, 정치적, 경제적 맥락의 영향을 받는 참여적 개입이 어떻게 전개되었는  
지 과정을 꼼꼼하게 살피고 이를 설명할 필요가 있다.

### 3) 참여의 역동성과 참여의 공간

건강 영역에서 참여를 과정(participation as process)으로 여기는 것은  
참여가 일시적이거나 고정된 개입이 아니라 개인, 관계, 사회의 변화를 지  
향하는 변혁적 개입(transformative intervention)을 포괄한다는 의미를 담  
고 있다. 변화의 과정을 설명하기 위해 참여에 대한 기존 개념들은 몇  
가지 단계를 통해 참여를 설명하곤 한다. 일례로 Rifkin은 지역사회 참여  
과정을 1) 건강과 집합적 행동에 대한 정보가 공유되면서 참여가 촉진되  
고 2) 지역사회의 자원이 동원되며 3) 지역 내외의 주체들 사이의 협력이  
강화되고, 4) 중요한 의사결정에 대한 영향력을 확대하는 과정으로 설명하  
고 이를 아래와 같이 도식했다(그림 1).

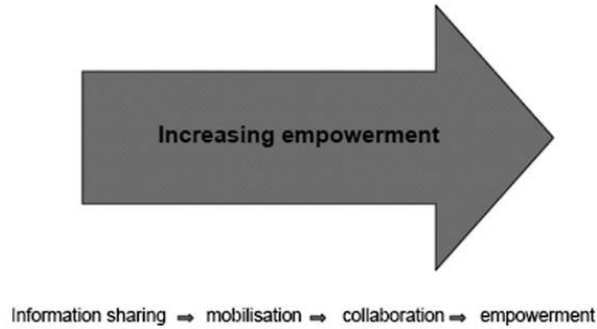


그림 1. 참여 연속선(S. Rifkin and Pridmore 2001)

저자들이 스스로 지적하듯 참여를 단계적으로 도식화하는 설명은 참여의 과정을 단방향적이고 선형적인 것으로 오인하게 만들 위험이 있다. 그러나 실제 참여의 과정은 언제나 다층적이고 양방향적으로 진행되는 역동성을 특징으로 한다. 권력강화는 개인, 조직, 지역사회 수준 모두에서 이루어지며 각각의 층위는 각자의 속도를 가지고 진행되면서 상호영향을 주고받는다. 개인들이 자신이 할 수 있는 것(what is possible)의 경계를 넓혀가며 내면적 권력을 확보함에 따라 조직화의 수준이 달라지고, 공동의 목적과 공유하는 정체성을 가지고 있는 사람들의 조직이 구성되면서 지역사회 내 협력이 촉진되며, 지역의 건강 문제를 포착하고 해결하는 지역사회의 집합 행동을 목격하면서 개인들이 건강과 집합 행동에 대한 새로운 인식을 획득한다.

시민과 정부의 권력관계를 중심으로 참여를 구분하는 아른스타인의 사다리도 마찬가지로 오해를 받기 쉽다. 사다리에 대한 비유는 시민들이 조작과 회유의 대상인 비참여 단계에서 명목상 참여인 정보제공과 자문, 다시 협력과 시민 통제 같은 실질적 참여로 나아가는 것으로 참여를 위계적으로 바라보게 만든다. 그러나 참여가 직선적으로 나아가는 일관된 변화인 경우는 거의 없다. 예를 들어 보건의료기관에 대한 시민참여에서 자원 배분에 대한 시민위원회가 대부분 자문 역할을 하는 반면 건강증진활동 기획에서 시민들은 의료인들과 협력을 통해 서비스를 직접 계획할 수 있다.

이렇게 참여의 층위(미시→거시)가 높아지면서 참여의 수준이 낮아지는 것을 참여의 후퇴로 보기는 어려울 것이다. 이렇게 보았을 때 참여적 건강개입은 비참여에서 명목상 참여, 실질적 참여로의 진전이기에 보다는 참여의 영역과 내용에 따라 다양한 수준의 참여가 동시에 나타나는 역동적 과정이다(Contandriopoulos 2004).

참여를 삶에 영향을 미치는 중요한 결정들에 영향을 미칠 수 있도록 권력을 확보하는 변혁적 과정으로 보는 연구자들은 참여의 역동적이고 입체적인 속성을 포착하기 위해 종종 공간(space)에 대한 은유를 사용한다(Cornwall 2004; Cornwall and Coelho 2007; Baiocchi, Heller, and Silva 2008). 이들이 보기에 권력강화적 참여는 위치지어지고(positioned), 상황지어진(situated), 탈구된(dislocated), 쫓겨난(displaced), 소외된(marginalized), 침묵당한(silenced) 사람들이 자신의 상황을 비판적으로 성찰하고 주체성을 행사할 수 있는 참여의 공간을 연결하고 확장하는 과정이다.

정치적 장(field)으로 참여의 공간은 이미 딱 차거나 고정된 것이 아니라 새로이 생성, 개방, 재구성되는 열려 있는 공간이다. 참여의 공간은 사람들이 자신의 경험과 관점을 발화, 공유, 시험하고 상호작용함으로써 현재 자신들이 처해있는 상황을 성찰하고, 더 넓은 정치적 공동체에 대한 소속감을 느낄 기회를 제공한다. 이 때 공간 개념은 사람들 사이의 상호작용이 일어나는 장소로서의 물적 속성보다 좀 더 추상적인 의미에서 사용된다. 참여의 공간에서 교류하면서 지식과 역량을 습득하고 여기에서 결정된 사안이 실행되는 과정을 겪으며 참여자들은 의사결정 공간에 진입했다는 생각을 할 수 있게 되며, 자신을 이 공간의 일원으로 여기게 된다(Stein, 1997: 51).

참여의 공간은 다양한 방식으로 생성되고 변화한다. 특정 조건을 갖춘 사람들에게만 참여를 허용하는 폐쇄된 공간(closed space), 정부 등 외부개입 주체에 의해 참여를 요청받은 사람들이 구성하는 초청된 공간

(invited space), 당사자들이 스스로 필요에 의해 생성해낸 요청한 공간 (claimed space) 등 다양한 공간이 만들어질 수 있다. 사람들은 이런 공간에서 기존의 관습을 반복할 수도 있지만 반대로 새로운 기회를 조우하고 서로를 변화시킬 수 있다(Osmani 2000). 참여적 개입들은 대체로 일상적이고 익숙한 권력, 담론, 실천들로 이루어진 상황을 재생산하기 쉽지만, 경우에 따라 특정한 정도로 일상과 다른 담론과 실천으로 통제되는 “외부적 공간(outer space)”을 구성해내기도 한다(Kesby 2005). 지역사회 건강과 관련된 의사결정을 내리는 참여의 공간은 건강에 해로운 선택들이 일상적으로 이루어지는 일상세계와 다른 규범과 원칙들에 의해 통제될 수 있다. 참여자들의 관계 역시 기존과 다른 방식으로 구성될 수 있다. 젠더 불평등이 심하고 여성의 발언권이 거의 없는 지역에서도 건강위원회의 회의에서는 건강에 관심이 많고 건강과 관련된 활동들에 적극적으로 참여하는 여성들이 더 많은 발언 기회를 얻는 것이 대표적인 예다.

참여의 공간에 초청된 사람들은 복수의 장소에서 맥락의 영향을 받으면서 자신들의 주체성을 행사할 기회를 얻는다. 참여자들은 다수의 위치에서 참여의 공간에 적응하고 대응한다. 새롭게 생성된 참여의 공간은 빠르게 새롭거나 새롭지 않은 기대와 관계, 제도와 의미들로 채워진다. 참여를 통해 기존의 권력관계를 변화하고자 한다면 참여의 공간을 구성하는 내부와 외부의 권력, 지식, 담론의 작동과 참여의 역동적 과정을 좀 더 잘 이해할 필요가 있다(Davies, Wetherell, and Barnett 2006; Carman et al. 2015).

## 2. 건강 영역에서 참여가 논의되는 맥락

### 1) 주민동원과 지역개발

건강과 보건 영역을 비롯해 참여가 논의되는 가장 흔하고 오래된 관점은 지역사회 주민들의 잠재적 역량을 활용하여 문제를 해결해야 한다는 주민 ‘동원’의 논리이다. 인력과 자원이 부족한 가운데 지역 주민들의 참여를 통해 목표를 효율적으로 달성하고 주민과 지역사회의 역량을 강화함으로써 지속가능한 변화와 발전을 지향하자는 주장은 지역 개발의 익숙한 논리이다. 지역사회 주민동원은 전반적인 지역 개발은 물론 지역사회의 열악한 건강수준을 향상시키기 위해 유효한 전략으로 알려져 있다(Hickey and Mohan 2004; S. B. Rifkin and Walt 1986).

지역 개발은 지역의 경제적·사회적 발전을 위해 농업, 주택, 교육 등 다양한 영역의 개입을 포괄하는 영역으로 보건은 지역 개발의 중요한 영역이다. 주민들의 건강은 경제적 발전을 위한 토대이자 필수 조건으로 여겨졌다. 1980년대는 국제개발에서 참여적 건강 개입이 본격적으로 추진되기 시작했다. WHO와 UNICEF등 국제기구를 중심으로 주민들이 자조 자립의 원칙에 따라 인력, 시설, 자원 마련에 기여하는 참여적 건강 사업들이 실행되었다.

지역개발사업에서 인구집단의 건강 수준을 향상하기 위한 참여는 크게 세 가지의 접근으로 구분된다. 먼저 의료자원이 부족한 지역에서 주민이 직접 보건의료서비스의 생산자가 되도록 훈련하는 의료적 접근(medical approach)이다. 지역 주민을 훈련시켜 간단한 진단과 처치, 예방서비스와 보건 교육 등을 담당하는 등 의료인의 역할의 대신도록 하는 의료적 접근의 대표적인 예는 1950~1970년대 중국의 적각의생(赤脚医生, barefoot doctor) 정책을 들 수 있다. 이후 이는 라틴아메리카를 중심으로 마을건강요원(community health worker) 프로그램이 다양하게 실행되었고, 근래에 와서 이는 주로 중·저소득 국가에서 모자보건이나 가족계획 등의 영역에서 활발하게 모색되고 있다(Gilmore and McAuliffe 2013; Zulu et al. 2014). 두 번째는 보건서비스

접근(health service approach)이다. 보건서비스 접근에서 주민은 자신이 거주하는 지역의 정보를 수집하여 보고하며 주민들에게 다시 보건서비스 등과 관련된 정보를 전달하는 말단 관료의 역할을 담당한다. 세 번째는 주민들이 스스로 지역의 문제를 해결할 수 있도록 권력강화되는 것을 목적으로 개인과 조직의 의식화와 직접 행동을 촉진하는 임파워먼트를 중심으로 하는 지역사회 개발 접근이다. 지역 개발을 위한 참여를 강조하는 Rifkin과 Morgan 등 연구자는 주민참여가 수단화, 도구화되어서는 안 되고, 외부 전문가와 원조국가가 설정한 목표를 위해 지역을 착취하는 것이 아니라 주민 개인과 지역사회가 집합적으로 권력강화됨으로써 스스로 복리를 추구할 수 있게 나아가야 한다고 주장한다(S. B. Rifkin 1996; Morgan 2001).

세계은행과 USAID를 비롯해 국제원조기구들은 지역주민참여를 효율적으로 활용하기 위해 노력해 왔다. 지역의 문제를 포착하고 해결하는 데에 당사자들의 직접 행동이 가지는 장점이 명백했기에 국제개발현장에서 지역의 현황을 빠르게 점검하는 참여적 지역 평가(Participatory Rural Appraisal, PRA) 같은 방법으로 표준화되기도 했다. 그러나 참여를 목표 달성을 위한 수단으로 삼게 되면서 참여 개입에서 당사자들이 주체적으로 영향력을 행사할 수 있는 범위가 축소되는 경향이 지속되었다. 외부 전문가들이 목표를 설정하고 자원을 투입하기로 결정한 이후 집행 단계에서 이루어지는 주민 참여는 참여의 공간을 열어젖히는 정치적 기회가 아닌 효율성을 위한 도구로 다듬어졌다.

일례로 모자와 신생아 건강을 향상시키기 위한 효과적 전략으로 지역사회 주민참여 방법을 제시하는 USAID 보고서는 실용적인 차원에서 주민참여를 구분하며, 기존의 권력관계를 언급하지 않는다. 보고서는 지역 내의 문제해결과정에서 주민참여를 포섭(co-optation), 순응(compliance), 자문(consultation), 협력(cooperation), 공동학습(co-learning), 집합 행동(collective action)의 여섯 단계로 구분한다(Howard-Grabman 2007). 보고서는 가장 높은 단계의 참여인 집합 행동이 지방정부와 공공서비스의 책무



요구를 통해 건강에 기여할 수 있다고 설명하지만 외부 개입자인 NGO와 주민 사이의 관계에 존재하는 불평등이나 지역사회 내부의 권력 관계의 변화를 언급하지 않는다. 모자와 신생아 건강처럼 MDG 달성을 목표로 외부에서 부과된 목적을 달성하기 위해 만들어진 참여 공간에서 주민들의 참여 내용과 목표는 제한될 수밖에 없다. 주민들의 건강 문제와 개선하고자 하는 지표를 결정한 이후 논의를 시작했을 때 주민들이 주어진 범주를 벗어나는 문제를 제시하거나 또 다른 목표를 설정하기는 매우 어렵다. 이에 지역개발에서 참여의 모순을 지적하는 연구자들은 대부분의 개발 사업이 주민들을 동원할 뿐 지역사회가 직접 정치적, 사회적 결정에 개입할 수 있도록 힘을 기르는 데 기여하지 않으며, 이런 때에 참여는 또 다른 지배 전략에 불과하다고 비판한다(Cooke and Kothari 2001; Kesby 2005).

한국 건강 영역에서도 자원이 부족한 가운데 지역의 건강 문제를 해결하기 위해 지역 주민을 자원으로 활용하는 관점에서 참여가 도입되었다. 1970~1980년대 한국 지역보건사업은 지역사회개발의 주민 참여 전략을 채택했다. 김용익(1992)의 연구는 이를 세 가지로 구분한다. 첫째, 마을에 거주하는 주민을 마을건강원으로 훈련해 서비스를 제공하도록 했다. 마을건강원은 지역에서 간단한 진료와 예방서비스를 제공하고 보건서비스에 대한 정보를 전달하는 역할을 맡았다. 둘째, 지역의 이장, 공무원, 부녀회장 등 마을을 대표하는 이들로 주민위원회를 구성했다. 주민대표들은 지역보건시험사업이나 보건지소와 보건진료소 활동을 감시하고 운영기금을 관리하며 지역의 필요를 제시하는 역할을 했다. 셋째, 지역사회의 자조적 재정사업이다. 국민건강보험이 도입되기 이전, 심각한 건강 문제에 대한 의료비를 마련할 수 없는 사람들이 많았기에 이런 기금을 조성하는 것은 의료서비스 접근을 높이는 역할을 했다. 지역사회기반 건강보험을 도입하거나 신용협동조합을 통해 건강과 관련된 문제가 발생했을 때 비용을 마련할 수 있게 했다(김용익 1992). 주민이 직접 건강 문제를 해결할 수 있도록 보조하고, 지역보건에 대한 책무구조를 형성하며, 재정적 자원을 동원하고자 하는 이런 기획은 세

계보건기구 등이 제안한 지역개발론의 참여 전략을 지역보건에서 실현하고자 하는 것이었다. 그러나 이들 사업들은 대체로 ‘스스로 건강 문제를 인식하고 이를 해결하는 자조 능력을 기르는’ 수준에 이르지 못했다. 이후 전문가의 평가에 의해 하향식 계획을 세우는 보건사업이 확대되면서 주민들의 자조적 건강 조직은 실질적 기능을 소실한 것으로 평가된다(김용익 1992; 김창엽 2011).

지역사회의 자원을 최대한 활용해 스스로 건강 문제를 감당할 수 있도록 자조, 자립해야 한다는 관점의 참여는 여전히 힘을 가지고 있다. 한국에서 정부가 대대적으로 주민들을 동원해 농촌 근대화를 이루어 낸 새마을 운동의 경험은 이런 가치를 대변하며, 최근의 공동체 사업에도 상징적인 의미를 가지고 재현되면서 영향을 미치고 있다.

최근 한국에서 이루어지고 있는 주민참여적 건강사업도 이런 기억과 체제들의 영향을 받는다. 국가와 긴밀하게 연결된 공동체의 집합적 이익을 위해 자조와 협동을 강조했던 기억(황병주 2000)은 참여 주체인 주민과 이들의 참여를 사업의 형식으로 독려하는 일선 관료 모두에게 영향을 미치며 ‘참여’의 범위와 방향을 규정하고 있다. 과거 주민동원의 목표가 농촌 근대화와 지역 개발에 대한 것이었다면 근래 건강 영역에서 주민참여에서는 그 목표가 자조적 건강 증진과 관리, 상호 돌봄에 대한 것으로 이동했을 따름이다. 통치의 관점에서도 지역의 필요를 해결하기 위해 지역 내부 자원을 활용하고 정부의 재정적 부담을 줄이면서도 국가적 과제를 해결해야 한다는 관점은 여전히 지역주민 참여를 논의하는 핵심 맥락이다(윤순덕, 채혜선과 강주희 2008; 염지혜 2013).

## 2) 건강증진과 신공중보건

인구집단의 건강을 유지, 증진하기 위한 노력으로 건강증진은 건강의 긍정적 정의(positive definition)를 채택하는 것을 특징으로 한다. 이 때 건강은

급·만성 질환 상태나 사고로 인해 일상생활과 기대여명에 영향을 주는 부정적인 상태가 부재한 상황이 아니라 육체적 정신적 기능이 양호하고 사회적 활동에 참여할 수 있는 총체적 웰빙(holistic well-being)이 갖춰진 상태를 의미한다(McQueen et al. 2007). 건강증진의 이런 포괄적인 관점을 실천하기 위해서는 생의학적 관점의 접근에서 벗어나 일상적 활동에서 사람들이 건강한 생활을 보장할 수 있도록 해야 한다. 총체적인 삶의 질을 제고하고 건강친화적인 환경을 조성하는 보다 포괄적인 개입이 필요하다.

세계시민과 세계의 모든 국가가 추구해야 할 중요한 목적 중 하나로 건강증진을 정초한 WHO의 오타와 헌장(Ottawa charter)은 건강증진을 ‘사람들로 하여금 그들의 건강에 대한 통제를 강화하고 건강수준을 개선시킬 수 있는 능력을 배양해 나가는 과정(Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health)’으로 정의한다(WHO 1986). 여기서 ‘사람들’은 통상적으로 의료전문가 및 행정관료가 기획하고 제공하는 서비스를 수동적으로 이용하는 것이 아니라, 스스로 문제를 진단하고 해결 방법을 도출하여 실행하는 능동적인 주체이다. 건강증진은 사람들의 주체적 참여를 통해 공동체의 건강문제를 집합적으로 해결해 나가야 한다고 강조한다.

신공중보건(new public health)은 건강증진에 대한 오타와 선언의 포괄적 범위와 이행전략으로 참여와 임파워먼트를 반영한 공중 보건의 새로운 패러다임으로 제시되었다. 신공중보건은 건강을 위한 개입 지점을 개인의 질병과 행태에서 사회적 조건으로 전환하고 지식과 실천 모두에서 다부문적 관점이 필요하다고 강조한다. 공중보건의 문제가 질병의 위험요인에서 건강의 사회적 결정요인으로 전환되어야 한다는 신공중보건의 관점은 국제적으로 주류화되고 있으며 이는 한국에서도 마찬가지이다(Baum 2016). 2018년 10주년을 맞이한 세계보건기구의 건강의 사회적 결정요인 보고서는 이런 관점에서 공중보건의 목표와 전략을 제시하고 있어 중요한 참조점이 되고 있다(WHO, 2008).

신공중보건의 관점은 산업화된 서구 국가들의 경험에서 도출되었다. 2차 세계대전 이후 경제 발전이 이루어지면서 서구 국가들에서 삶의 수준이 높아지고, 의학적 기술 발전과 보편적 의료보장이 제공되면서 평균수명이 크게 늘어났다. 이 나라들은 보편적 의료보장제도를 포함하는 포괄적인 복지 제도를 갖춰 건강에 대한 보편적 권리를 보장했다. 그러나 1980년 영국에서 발간된 블랙보고서(Black Report)는 계층 간, 직종 간, 지역 간 상당한 건강 격차가 존재한다는 사실을 밝혔다. 이후 이어진 무수히 많은 연구에서는 전반적인 경제수준이 높아지고 의료이용이 늘어났음에도 불구하고 사회적, 계층적 집단 사이에 상당한 건강 격차가 지속되고 있음이 드러났다. 이러한 집단 간 건강 격차가 사람들이 일하고 살아가면서 겪는 건강 위해에 대한 노출과 취약성의 차이로부터 기인한다는 것이라는 것도 널리 알려졌다. 이는 인구집단 간 건강격차를 야기하는 건강의 사회적 결정요인에 대한 연구를 촉발했다. 경제적 계층 외에도 사회적 지위, 사회자본, 직장에서의 자기통제와 보상, 만족 등이 건강의 결정요인으로 개념화되고, 지역사회 환경적 요인이나 건강과 직결되지 않은 공공정책이 인구집단 수준에서 건강의 결정요인이라는 것도 주목받게 되었다. 비슷한 시기에 질병의 역학적 전환이 이루어지면서 인구집단의 건강에 영향을 미치는 사회적·환경적 요소에 초점을 맞추는 신공중보건의 전통적인 공중보건 패러다임을 대체할 대안으로 제시되었다(Baum 2016; Naidoo and Wills 2000; 허순임 2016).

건강의 사회적 결정요인에 대한 대응을 중심으로 하는 새로운 패러다임은 보건학이 질병 또는 행태 중심 접근에서 사회적·환경적 접근으로 전환하고, 건강을 사회 문제 중 하나로 보아야 한다고 설명한다. 이제 공중보건의 목표는 건강의 사회적 결정요인에 대한 개입을 통해 인구집단의 건강수준을 향상하고 건강격차를 완화하는 것이다. 행태 중심 접근이 전문가의 지식을 근거로 개인의 지식, 태도, 행동을 변화시키는 것을 목적으로 한다면 사회적·환경적 접근은 집단적인 특성인 문화적 규범과 사회적 관계, 지역사회의 물리적·사회적·경제적 환경과 제도, 정책에 초점을 맞춘다. 또한 이런 변화는

외부의 개입이 아닌 당사자들의 집합 행동을 통해 가능하다. 이런 목적을 달성하기 위해 보건 개입은 지역사회와 생활환경에 초점을 맞추고 지역 주민들의 활동, 조직화, 역량강화, 집합행동, 정치적 활동과 옹호를 전략으로 삼는다(Baum 2016). 일례로 지역에서 사회적, 환경적 변화를 위한 건강증진 실천을 실행하고 연구해온 학자들은 오타와 헌장의 가치를 반영하여 건강증진 실천의 원칙이자 가치를 다음과 같이 제시한다(Keleher and MacDougall 2015).

- ① 건강에 영향을 미치는 요인에 대한 더 많은 통제를 위해 개인과 지역사회를 권력강화(empower)해야 한다.
- ② 건강 개입의 모든 사안과 모든 단계는 참여적이어야 한다.
- ③ 정신적, 신체적, 사회적 건강을 모두 포함하는 전체적 접근이 필요하다.
- ④ 건강 외의 다른 영역과 다부문적 협력을 수행해야 한다.
- ⑤ 사회 정의와 형평을 원칙으로 형평성 있는 개입이 이루어져야 한다.
- ⑥ 정책 개발, 입법, 조직 변화, 교육, 옹호, 지역사회 개발 등 다양한 전략을 활용해야 한다

건강증진에서 참여는 단순히 주민들의 참석이나 명목적 동의를 의미하지 않는다. 권력불평등을 건강 불평등의 원인으로 설정하기에 지역사회 건강증진개입은 사회 정의와 형평을 원칙한다. 지역사회의 자원과 권력 불평등을 줄임으로써 건강에 기여하고, 지역 주민 스스로와 이를 둘러싼 사회적·정치적 변화를 지향한다는 측면에서 이 때의 건강증진은 통상의 ‘사업’이 아닌 ‘운동’과 유사한 관점과 속성을 가진다.

권력강화적 참여(participation as empowerment)를 정치적 개념으로 위치 짓는 지역사회 개발과 건강 정책 영역과 달리 지역사회 건강증진 영역에서 참여는 이와는 다른 개념으로 사용된다. 참여는 가치 지향이나 권력강화의

과정이 아니라 단면적 활동 또는 현상을 지칭하는 단어로 쓰인다. Laverack(2007)은 이런 맥락에서 참여를 지역사회 주민참여를 지역의 상호작용 안에 다음과 같이 배치한다(그림2).

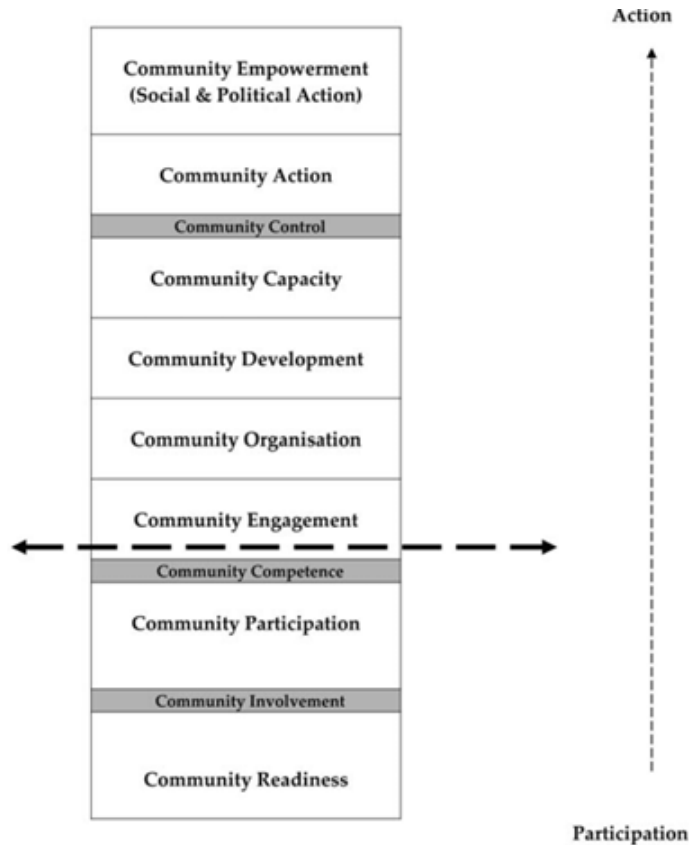


그림 2. 지역사회기반 상호작용의 사다리(Laverack, 2007: 23)

이 모델에서 참여는 기존에 지역의 대표하는 이들이 지역의 문제와 관련해 각자의 경험과 생각들을 공유하는 단계로 주체적 활동(action)에 미치지 못한 상태를 지칭한다. 모델에 의하면 참여는 지역 상호작용의 시작점이다. Laverack은 지역사회기반 상호작용이 참여를 필요조건으로 한다고 설명하며, 이후 지역사회기반 상호작용을 여러 단계로 구분한다. 이후 단계는 지역의 자원을 동원하고, 기존의 관계와 시스템에 영향을 미칠 수 있

는 협력적 과정인 지역사회 개입(community engagement), 공유하는 목적을 위해 스스로 조직하고 자기결정에 의해 문제설정과 해결 과정에 개입하는 지역사회 조직화(community organization), 자신들의 삶을 개선하기 위해 외부의 자원을 활용하여 인프라를 구축하며 정치적, 경제적 자원에 대한 기회를 확보하는 지역사회 개발(community development), 지역사회의 자산을 형성하고 참여, 리더십, 문제접근, 비판적 검토(critical reflection), 조직 구조화, 자원 동원, 프로그램 관리, 외부 행위자와의 연결 등 다양한 영역에 대한 역량을 개발하는 지역사회 역량확보(community capacity), 지역사회가 사안에 대한 주도권을 가지고 이전 단계에서 획득한 참여, 개발, 역량을 활용하는 지역사회 활동(community action), 최종적으로 지역사회가 건강의 결정요인을 포함해 자신의 삶에 영향을 미치는 자원과 결정에 대한 통제력을 얻게 되는 지역사회 임파워먼트(community empowerment) 단계로 나아간다(유승현 2012; Laverack 2007: 24~29). 이 틀에서 지역사회 참여는 지역사회의 집합적 행동과 임파워먼트를 가능하게 하는 전제 조건이자 초기 단계이다.

건강의 사회생태학적 결정요인들을 포괄하고자 하는 신공중보건 패러다임은 국내에서도 점진적으로 확산되고 있다. 지역보건의료계획을 세울 때부터 지역사회 구성원들의 참여와 개입을 강조하고, 다층적인 삶의 영역에 개입함으로써 건강한 사회를 구축하는 실천이 되어야 한다는 인식과 요구가 확대되고 있다. 이에 걸맞는 방식으로 학계에서도 건강증진의 구체적인 전략이자 자원으로 주민참여와 지역사회 역량에 대한 구체적인 논의가 확산되고(유승현 2009; 정민수 외, 2008; 조병희 외, 2007; 오로라 2015; 광민선 외, 2012), 현장에서 이를 활용하기 위한 실무적 지식이 생산되고 있다(제갈정, 김광기와 유승현 2013; 한국건강증진개발원 2014; 허현희 2018). 전반적으로 한국 건강 영역에서 참여가 규범적 수사에서 구체적인 실행 전략이 되고, 지역사회의 권력강화가 건강 개입의 목표로 논의되기 시작되고 있는 것으로 보인다.

### 3) 건강 영역에서 시민 숙의

건강과 보건의료는 다양한 가치가 반영되어야 하는 전형적인 복잡한 문제(wicked problem)이다. 현대 사회에서 국가가 해결해야 할 문제가 점차 복잡하고 다양해지고, 공적 의사결정에 대한 민주적 책무 요구가 강해지면서 많은 정책들이 전문가나 관료의 합리적인 결정에만 의존할 수 없는 것으로 여겨지게 되었다. 국민의 건강을 보호하고 보건의료접근을 보장하는 것이 국가의 의무로 규정되어 있는 사회에서 국가는 이를 위해 제한된 자원을 어떻게 배분할 것인지 우선순위에 대한 결정을 내려야 한다. 숙의적 참여는 이와 같은 우선순위 설정 등 자원 배분 결정의 민주적 정당성을 보장하고 보다 좋은 사회적 결정을 위한 절차를 고민하는 과정에서 발전되었다(Friedman 2008; Daniels and Sabin 2008).

숙의적 참여는 다원적 가치가 경합하는 사회에서 권력자나 전문가의 독점적인 결정이 더 이상 정치적 권위를 확보하지 못하게 됨에 따라 일반 시민들(the lay people)이 무엇을 원하고 중요하게 생각하는지를 파악하기 위한 방법으로 제시되었다. 숙의 민주주의 이론가들은 숙의적 참여를 다수결에 따른 의사결정(majoritarian model)이나 이해집단 간 타협(bargaining)과 구분한다. 숙의는 자유롭고 평등한 사람들이 대화적 논의(dialogic discussion)를 진행할 수 있는 이상적 공론장(public sphere)에서 열린 자세로 서로를 설득하고 이해하는 과정을 통해 사람들이 좀 더 좋은 집합적 의사결정으로 나아가는 과정이다(Goodin and Dryzek 2006).

대의 민주주의의 공적 의결기구들에 대한 신뢰가 감소하고, 공적 의사결정이 엘리트들에게 독점되는 상황에 대한 사회적 불만이 커지면서 공적 숙의가 대안으로 제시되고 있다(김병준 2013). 사회의 다양한 관점을 반영해야 하는 까다로운 문제들이 많은 건강 영역에서 숙의는 실용적인 전략이 될 수 있다. 건강 영역에서 기술적 측면과 규범적 측면이 긴밀히 결부되어 있고, 기술적 불확실성이나 규범적 갈등이 있을 가능성이 높은 문제들이 많고, 이



들은 숙의의 주제로 적합한 소위 ‘혼종적 사안(hybrid issue)’이다(Lehoux et al. 2009)

숙의적 공론장은 사람들은 다양한 사회적 스펙트럼에 놓여있는 각자의 입장과 관점을 제시하고, 상호작용하는 공간으로 설정된다. 여기서 참여자들은 서로 이해하고 자유롭고 평등한 대화를 통해 합의에 도달하거나, 합의 도출이 불가능하다고 하더라도 서로가 합의하지 못하는 이유를 수용함으로써 의사결정과 관련된 사회적 갈등을 줄인다. 숙의는 좀 더 좋은 사회적 합의를 도출하고 의사결정 과정의 절차적 정당성을 확보하고자 하는 실용적 목적 외에도 민주적 시민을 양성하기 위한 학교의 역할을 할 수 있다. 제도화된 숙의는 시민들의 삶에 영향을 미치게 될 중요한 공적 사안을 논의하는 공론장을 열어준다. 시민들은 공론장에 참여 함으로써 사회적 소속감을 느끼고, 공론장의 존재는 합리적 절차와 숙의를 통해 문제를 해결하는 절차적 장치로 상호적 신뢰와 공동체 의식을 강화하는 데에 기여할 수 있다(Davies et al. 2006: 17~22).

시민 숙의 실험은 주로 지방분권된 국가들에서 지방정부가 환경과 보건 등 복잡한 의사결정을 하는 과정에서 주민참여적 의사결정을 위해 지역주민들의 숙의를 활용하는 과정에서 확대되었다. 건강 영역에서 숙의실험을 활용한 대표적인 국가는 영국과 캐나다이다. 영국은 1990년대 후반 지역 주민들이 개입할 여지가 거의 없었던 NHS에 대한 시민참여 기반을 조성하면서 숙의적 참여를 방법으로 하는 시민위원회(citizen council)를 제도화했고, 캐나다의 로마노프 위원회(Romanow commission)는 2000년대 초 지방정부의 보건의료 의사결정과정에서 시민참여를 보건의료개혁의 목표 중 하나로 설정하고 시민대화(citizen dialogue)를 진행했다(Mitton et al. 2009). 이 외에도 여러 나라에서 건강 정책 의사결정에 시민들의 의견을 반영하기 위한 숙의적 참여 방법으로 시민 배심원(citizen jury), 타운홀 회의(town hall meeting), 숙의 여론 조사(deliberative polling), 합의 회의(consensus conference), 시민위원회(citizen council) 등 다양한 형태의 실험이 이루어지고 있다(Street et

al. 2014).

보건의료영역에서 우선순위결정(prioritization)과 관련해 가장 잘 알려진 숙의적 절차에 대한 논의는 미국 오레곤 주 급여 우선순위 결정에 대한 실험과 다니엘스의 숙의의 합리성을 판단하는 책무 원칙(accountability for reasonableness, A4R)이다. 다니엘스는 고정된 가치나 원리 그 자체 보다 적절성(relevance)과 공시성(publicity), 수정과 이의제기(revision and appeals), 그리고 이들을 강제할 수 있는 공적 규제(enforcement) 같이 절차에 대한 원칙이 보장되었을 때 합리적인 숙의와 의사결정이 가능하다고 보았다(Daniels 2000). 다니엘스가 제시한 합리적 의사결정에 대한 절차적 원칙은 비용효과성만을 준거로 할 수 없는 건강 영역에서 사회적 가치를 반영하면서 절차적 정의를 확보하기 위한 방법으로 확산되었으며, 다양한 맥락과 층위의 보건의료 의사결정에서 그 유효성이 확인되었다(Kapiriri, Norheim, and Martin 2009).

숙의와 합리성을 위한 책무 원칙은 이론적으로 매력적이지만 현실에서 이를 구현해내는 것은 대단히 어렵다. 서로 다른 경험을 가진 시민들이 평소에 생각해보지 않았던 복잡한 사안에 대해 서로 대립되는 입장을 정리하고 만족할 만한 합의를 도출하는 데에는 많은 자원과 시간이 필요하다. 하버마스의 이론적 구상에 따라 평등하고 자유로운 공론장을 만들기 위해 노력할 수 있지만 현실에서 이상적인 공론장을 구현하는 것은 불가능하다. 참여자 간 권력불평등을 최소화하기 위해 다양한 장치를 활용한다고 하더라도 권력과 지식의 불평등에서 자유로운 숙의 공간은 없다(Cornwall 2008; Kadlec and Friedman 2007).

숙의 과정 그 자체를 적절히 조율할 수 있다고 하더라도 숙의의 질에 대한 문제제기가 이루어질 수 있다. 숙의에 참여하는 이들의 대표성(representativeness)은 어떠한가 하고, 참여자들이 사안을 충분히 이해하고 판단할 수 있는 역량을 갖추고 숙의를 진행할 수 있는지 여부를 의미하며 적실성(authenticity) 있는 판단을 하였는지, 민주주의적 신뢰(democratic

credibility), 즉 숙의 과정이 설정되고 진행되는 절차 그 자체가 믿을만한 것이었는지에 대한 질문이 이어지며 이런 질문에 대답하는 과정에서 숙의 제도가 개선될 수 있다(Degeling, Carter, and Rychetnik 2015).

기저의 불평등을 해결하기 위해 다양한 장치들(무작위 선발, 사전 정보 배포와 숙지, 교육 등)을 활용할 수 있지만 숙의의 공간 밖에 편재하는 권력의 불평등을 해결하는 데에도 한계가 있다. 대체로 숙의는 공적 의사결정에서 가시적인 권력불평등을 통제된 상태에서 사회적 합의를 도출해내고자 하지만 비가시적 권력, 특히 지식-권력 또는 담론적 권력(discursive power)은 통제할 수 없다. 따라서 숙의는 종종 기존의 지식-권력을 인위적으로 설정되는 참여의 공간에 유포하고 관철시키는 장치로 의심받는다(Lehoux, Daudelin, and Abelson 2012; Blacksher 2013). 숙의의 과정에서 합리적, 객관적, 과학적 지식과 대화방식이 감정적, 주관적, 경험적 지식과 대화를 압도하고 억압하는 과정을 묘사한 영국 NHS 시민위원회에 대한 연구(Davies, Wetherell, and Barnett 2006)는 숙의가 사회에서 일반적으로 당연하고, 자연스럽게 여겨지는 의견들을 숙의적 대화에서 다시 정당화하는 보수성을 가지고 있음을 보여준다. 숙의가 대의 민주주의를 보완하고 다양성과 형평성을 제고하는 과정이 되려면 내부에서 생성되고 외부에서 침투하는 권력의 작동에 민감한 방식으로 민주적 공론장을 형성하고, 호혜성, 공시성, 책무의 원칙을 지키고, 포용의 원칙(principle of inclusiveness)을 준수함으로써 간접적인 배제와 불평등의 문제를 개선해야 한다(Shapiro 1999; Young 1999).

건강 영역에서 숙의적 시민 참여는 복잡한 사안에 대해 전문가와 관료의 지식과 입장을 고집하는 대신 사회적 관점을 반영하고자 한다. 공중보건과 건강정책 의사결정에서 숙의적 의사결정이 어떻게 활용되었는지를 살펴본 Degeling 등의 연구에 의하면 1996년부터 2013년 사이 영어로 출간된 연구를 검색한 결과 10가지 서로 다른 숙의 방법을 활용한 62회의 숙의 실험이 확인되었다. 지금까지 다루어진 숙의의 주제는 보건의료기술평가(Health Technology Assessment), 우선순위 설정과 자원 배분, 건강 연구 우선순위,

임상 치료에 대한 직접적인 결정(장기 기증, 감염병 대응 등), 공중보건학적 개입에 대한 논의(주로 건강의 사회적 결정요인에 대한), 건강보험의 서비스 급여 여부, 건강서비스 거버넌스, 그리고 원격의료와 유전자 검사, 환자정보 보호, 이종이식 등에 대한 가치관련 논의 등이었다. 숙의 방법 중 가장 흔한 것은 시민 배심원제였으며, 타운홀미팅이나 공중포럼(public forum), 공론조사(deliberative polling) 등이 확인되었다. 태국에서는 건강제도개혁(100바트 건강보험 관련)의 방향을 논의하는 국가건강회의가 열렸고, 이는 수천명의 참여자가 함께하는 대규모의 숙의 실험이었다(Degeling, Carter, and Rychetnik 2015).

한국에서도 숙의에 대한 관심이 확대되고 있다. 2012년과 2013년 국민건강보험공단이 시도했던 시민숙의 실험은 많은 관심을 받으며 이후 건강 영역에서 숙의적 참여의 필요성과 가능성을 논의하는 근거가 되었다. 이 외에도 최근 원자력 발전 정책에 대한 시민배심원제의 결론이 정책에 반영되고(2017년), 제주도는 영리병원 허가여부를 시민 공론조사를 실시했다(2018년).

국민건강보험공단이 개최한 시민숙의 실험은 2회에 걸쳐 이루어졌다. 시민들은 건강보험보장성 확대 필요성과 방안, 신의료기술 및 신약 급여에 대한 숙의에 참여했다. 이를 관찰한 연구자들은 한국에서 시민들이 보건의료 정책결정에 대한 참여하고자 하는 의지가 낮지 않고, 유의미한 숙고와 토론을 거치면서 보험료가 소폭 상승한다고 하더라도 급여 확장이 필요하다는 의견이 강화되었음을 확인했다(권순만 외, 2012a; 권순만 외, 2012b). 이후 국민건강보험공단은 2012년부터 국민참여위원회를 모집하고, 건강보험심사평가원이 2013년부터 시민참여위원을 모집하여 건강 정책과 의약품 급여결정 등에 대한 의견을 수렴하고 있다. 그러나 이들이 구체적으로 어떤 역할과 기능을 하는지는 명확하지 않거 숙의적 의견수렴과정이 진행되는지도 알기 어렵다.

건강 영역에서 숙의는 시민들의 의견을 반영하고 그를 통해 좀 더 합리적

이고 정당한 의사결정을 하기 위한 방법으로 유용할 수 있다. 그러나 숙의적 참여가 단면적인 의견제시를 넘어서 대화의 장으로 절차적 정당성을 확보할 수 있는 합의의 장이 되기 위해서는 체계적인 노력이 필요하다. 대체로 특정 정책에 대한 의사결정을 위해 호출되는 숙의적 참여는 특수한 참여의 장소를 만들어서 그 안에서 의견을 도출해낸다. 앞서 언급한 국내 숙의 실험 사례들에서 확인되듯 한국에서 숙의적 의사결정은 대체로 일회성으로 이루어지고, 숙의의 결과를 정책에 반영하도록 강제할 수단이 없으며, 이에 대한 지식과 경험도 부족한 상황이다. 숙의적 방식의 토론이나 의사결정을 촉진하기 위해서는 상당한 자원이 장기적으로 투입될 필요가 있다. 영국의 사례에서 미루어볼 수 있듯 숙의적 기술을 개발하고 공론장을 안정적으로 운영해나가기 위해서는 숙의적 참여의 제도화가 필요하다. 영국 NICE의 시민위원회처럼 상시적이지는 않더라도 정례화된 제도화된 숙의 공간이 필요해 보이며, 이와 같은 제도화는 숙의적 대화의 질과 숙의 제도에 대한 신뢰를 향상할 수 있다(Davies, Wetherell, and Barnett 2006). 이를 위한 적절한 숙의적 시민참여 방법과 절차, 숙의의 결과를 정책 결정에 반영하는 적절한 방식에 대한 지식이 축적되어야 한다.

마지막으로 앞으로 숙의적 참여에서 포용성과 다양성의 확보하기 위한 고민이 필요하다. 다니엘스의 합리적 의사결정을 위한 원칙(Accountability for reasonableness)처럼 정당성을 확보할 수 있게 해주는 원칙은 사회 정의를 논의하기 위한 절차적 조건일 뿐 그 자체로 사회 정의를 보장하는 것이 아니다. 숙의는 이론이나 지향보다는 민주주의를 실현하기 위한 한 가지 방법으로 의미가 있고 발전되어야 한다(Hardin, 1999). 따라서 숙의적 참여가 기존의 지식을 정당화하는 데에 그치지 않도록 숙의의 다양성과 포용성을 강조해야 한다. 지식-권력을 포함해 기존의 권력불평등을 완화하면서 숙의적 대화를 촉진하고, 이를 통해 복잡한 문제에 대한 사회적 합의를 이끌어낼 수 있는 숙의적 장치가 어떤 모습을 가지고 있어야 하는지에 대한 구체적인 고민들이 필요하다(Degeling et al. 2017; Lehoux et al. 2012).

#### 4) (신)자유주의적 통치와 참여

신자유주의는 1980년대 이후 세계적으로 벌어진 자본주의적 사회 구조 재편의 경제적 이념이자 세계화된 경제와 그 불평등을 설명하는 핵심 개념으로 맥락에 따라 다양한 의미로 활용된다(Ericson, Barry, and Doyle 2000). Ward와 England(2007)는 사회과학에서 논의하는 신자유주의 개념을 크게 네 가지 구분한다. 이는 첫째, 이데올로기적 기획으로 신자유주의의 헤게모니, 둘째, 정책과 프로그램으로 신자유주의(민영화, 규제완화, 자유화 등), 셋째, 신자유주의적 정부(개혁이라는 이름의 정부 축소), 넷째, 신자유주의적 통치성이다(Ward and England 2007; Bell and Green 2016). 건강 영역에서 참여와 권력강화를 논의할 때 주로 초점을 맞추는 것은 이 중 네 번째 개념이다. 일상 속에서 사람들 간의, 사람과 물질 사이의 관계를 상상하고 해석하고 판단하는 합리성 그 자체를 구성하는 신자유주의적 통치성이 참여적 건강 개입에서 어떻게 발현되는지를 질문할 필요가 있다.

신자유주의적 통치성(neoliberal governmentality)은 근대 권력체계 내에서 개별 주체의 자기구성적 실천을 설명하는 푸코의 이론적 작업에 기반해 발전된 개념이다. 푸코는 통치성을 “인구를 주요 목표로 설정하고, 정치경제학을 주된 지식의 형태로 삼으며, 안전장치를 주된 기술적 도구로 이용하는 제도·절차·분석·고찰·계측·전술의 총체”로 규정한다(푸코, 2011; 서동진, 2014에서 재인용). 통치성은 통치가능한 현실을 구성하고 그와 관계 맺는 주체들의 행위 조건을 생산하는 지식과 테크놀로지, 윤리의 복합체를 경유해 작동한다(서동진 2009). 이때 참여와 임파워먼트는 건강을 의식하여 자신의 삶을 조율하고, 건강한 생활습관을 규범삼아 자기규제를 수행하는 시민을 발명하기 위한 테크놀로지이다.

크룩생크(2014)는 그의 책 “시민을 발명해야한다”에서 (신)자유주의적 통치성의 작동을 임파워 의지(the will to empower)로 설명한다. 근대 민주주의 사회에서 통치는 강제와 강압에 의해 이루어지지 않는다. 통치는 개인의 자

유를 침해하지 않으면서 자발적으로 체제의 규범들을 수용하고 자발적으로 자신의 이해관심을 전체 사회에서 요구하는 것과 일치시키는 주체를 발명하는 것이다(크룩생크, 2014: 356). 사회는 특정한 시민되기를 촉진함으로써 사회를, 그리고 각 개인의 자아를 통치한다.

임파워먼트는 빈민을, 여성을, 무력한(the powerless) 자들의 역량과 정치화를 목표로 한다. 임파워먼트는 배제와 무기력에 맞서 주체들의 행위 능력을 증가시킬 뿐만 아니라 이들의 능력을 변경하고 창출한다. 임파워먼트는 일반적으로 한 쪽이 다른 쪽을 임파워할 때 촉발된다는 점에서 강제적이며, 동시에 자신의 삶을 스스로 책임지기 위해 자발적으로 규범에 복종하는 주체 역시 문제의 일부가 아닌 해답의 일부로 스스로의 위치를 이동하면서 자존감을 회복한다는 점에서 자발적이다(크룩생크, 2014: 208~209).

일상적으로 자신을 계발하고 좀 더 유능해지기 위해 전력하는 ‘자기계발하는 주체’와 이를 만들어내는 통치성(서동진 2014)은 건강 역시 자산화한다. 역량 있고 가치 있는 주체가 되기 위해 우리는 자신의 일과 삶을 적극적으로 관리해야 하며, 건강한 몸은 이 모든 것의 전제 조건이다. 건강증진과 보건의학은 각자 자신의 건강을 최상의 건강 상태를 유지하기 위해 건강을 의식하며 양식 있게 행동하는 주체를 양성하기 위한 지식을 제공한다. 건강을 의식해 스스로를 돌보는 시민성은 개인 자신에게 이익이 될 뿐 아니라 사회 전체에게도 좋은 일이며, 따라서 사회는 건강과 관련된 지식들을 규범화하고자 한다(Ayo 2012; Leahy 2014).

통치성의 관점에서 건강 증진은 건강 규범을 내면화함으로써 자신의 신체에 대한 돌봄과 관리를 윤리로 삼는 건강한 시민을 양성하고자 하는 주체 만들기 프로젝트다(Carter, 2015). 이렇게 보면 인구집단의 건강을 향상시키고자 하는 건강증진과 보건의학은 크룩생크가 설명한 임파워 의지를 적극적으로 수용하고 있다. 건강한 생활습관을 가지고 적절하게 질병을 관리하는 개인은 자발적으로 건강한 몸에 대한 통치를 수용해 삶의 양식을 변화시키는 임파워된 시민이다. ‘건강하게 먹고’ ‘운동을 습관화하고’ ‘체중을 조절’하라

는 건강증진의 메시지는 건강을 위한 개인의 책임과 신중함, 노력을 요구하며, 암묵적으로 우리가 자발적으로 자신의 건강 문제를 돌보는 적극적 주체가 될 수 있음을 전제한다. 사려 깊은 시민이라면 전문가가 제공하는 건강에 대한 지식을 수용해 기존의 불건강한 생활습관을 개선하고 스스로 자신의 몸을 돌보아야 한다. 위험 요인과 예방에 지식은 미래의 질병과 불건강을 개인의 선택들과 연결한다. 질병과 불건강이 자신의 건강을 충분히 돌보지 않기로 선택한 이들에게 발생하는 결과라면 그 책임 역시 개인의 것으로 돌아간다. 인구집단의 통치를 위해 생성된 지식-권력은 이렇게 개별 주체들에게 윤리적 규범과 시민의 의무를 부과한다(Ayo 2012).

지역 주민들이 스스로 자신들의 건강을 돌보며 이를 위해 역량을 획득하기를 바란다는 점에서 주민참여적 건강개입은 집합적 차원의 주체 만들기이다. 탈중앙화와 지방자치개혁 같이 거시적인 정치적 거버넌스 구조 개편 과정에서 지역공동체는 집합적 임파워먼트를 통해 내부적으로 직면한 문제를 해결하고, 스스로 책임질 수 있는 집합적 주체로 호명된다. 탈중앙화는 중앙집권화된 의사결정구조를 보다 민주적이고 자기통제적인 방식으로 전환하는 것이며, 따라서 민주주의의 심화를 위한 전략으로 규범적 가치를 부여받기도 한다. 지역공동체의 자기 통치는 또한 획일적이고 부패하기 쉬운 관료적 통제를 벗어나 지역의 상황에 더 적합하고 효율적인 의사결정을 가능하게 할 것이라는 기대를 받는다.

그러나 탈중앙화와 권력이양이 곧 지역의 민주적 자기통제 향상으로 나아갈 수 있는 것은 아니다(Heller, Harilal, and Chaudhuri 2007). 탈중앙화는 정치적 책무구조가 느슨한 지역 엘리트들에게 과도한 권한을 부여하거나 공공-민간 파트너십이나 민영화와 결부되어 지역의 문제를 지방에 책임지울 수 있다. 탈중앙화와 지방의 오너십에 대한 강조는 보다 취약한 지역과 사람들이 문제의 원인을 자신들에게 있는 것으로 여기고 현재의 상태를 수용하게끔 만들고 중앙의 통치를 정당화하는 전략으로 채택되기도 한다(Birk 2017). 민주적 탈중앙화에 성공했다고 하더라도 지역사회의 권력강화만으로



문제를 해결할 수 있을 것같이 책임 지우는 정치가 작동하여 문제 해결을 제약할 수도 있다. 일례로 인도와 브라질의 탈중앙화 개혁은 자원 배분에 대한 주민통제를 강화했고, 지역에서 주민들은 상하수도, 도로, 보건의료기관 등 건강에 영향을 미치는 기반시설에 대한 자원 투자를 늘리고 보건의료기관들의 정치적 책무를 강화함으로써 열악한 지역에서 건강의 결정요인을 개선할 수 있었다. 그러나 탈중앙적 거버넌스 개혁은 전반적인 자원 부족과 공공부문 축소 및 긴축의 문제에 대항하지 못했다. 예산이 삭감되고 책임이 분산된 가운데 주민들은 참여적인 방식으로 예산을 삭감하며 긴축을 정당화해야 했다(Coelho, Dias, & Fanti, 2010; Rajesh & Thomas, 2012). 이렇게 ‘지역사회를 경유하는 통치(government through community)’는 지역사회가 문제를 스스로 해결하고 자신들의 운명을 직접 결정하기 위한 권력을 획득하는 것을 의미하지만 이는 동시에 문제에 대한 책임을 지역사회에게 부여하는 것이기도 하다(Rose and Miller 2010; Cooke and Kothari 2001).

## 5) 건강불평등 해소를 위한 전략으로 참여

국가 수준의 경제적, 정치적 불평등은 건강불평등으로 이어지며(Sen 1999; Ruger 2005), 불평등한 사회는 평등한 사회에 비해 평균적인 인구 집단의 건강 수준이 낮고, 건강 불평등의 기울기가 크다(Wilkinson 2002). 세계보건기구가 2008년 출간한 건강 불평등 해소를 위한 보고서는 건강불평등의 근본적인 원인을 권력, 돈, 자원의 불평등에서 찾으며 권력, 돈, 자원의 보다 공평한 분배가 이루어졌을 때 건강불평등을 줄일 수 있다고 설명한다. 권력, 돈, 자원의 공평한 배분을 위해 직접적으로 개입할 수 있는 주체는 주로 국민국가가 상정되고, 세계보건기구의 보고서는 보다 공평한 분배를 위한 포용과 발언(inclusion and voice)이 필요하고 판단하며 사람들의 정치적 권력강화를 강조한다. 중앙과 지역 수준에서 정부의 중요한 의사결정에 당사자들이 참여할 수 있는 제도를 마련하고 배제되고 소외된 이들이 자신의 목소

리를 낼 수 있도록 역량을 강화하는 것은 건강불평등의 근본적인 원인인 사회경제적 불평등을 해소하고자 하는 것이다(WHO 2008; 신영전 외, 2011; Ottersen et al. 2014).

지역사회 기반 참여 연구(CBPR) 역시 지역사회 참여와 그를 통한 권력의 재분배가 건강불평등을 줄일 수 있는 중요한 전략이라는 관점을 공유한다. CBPR은 연구 과정 전반에 걸쳐 지역사회 주민들과 개입자의 평등한 관계와 참여를 강조하며, 권력강화된 지역사회가 정책 결정에 영향을 미쳐 분배적 정의와 절차적 정의를 개선할 수 있기를 바란다. 이 때 분배적 정의는 건강 부담과 자원의 공정한 배분과 건강 위협으로부터 동등한 보호를, 절차적 정의는 정책 결정 과정에서 소외된 지역의 동등한 참여를 의미한다(Cacari-Stone et al. 2014; Wallerstein and Duran 2006).

사회적으로 배제되고 정치적으로 목소리를 가지고 있지 못한 배제된 집단의 참여는 삶에 대한 자기 통제를 향상한다는 점에서 그 자체로 의미가 있다. 그러나 건강불평등의 근본적 원인을 개선하기 위한 전략으로 참여는 개인 수준에서 정치적 권리의 보장을 넘어 적극적인 정치적 권리를 실현하는 과정이다. 사람들이 건강에 영향을 미치는 사회적 의사결정들에 영향을 미치고 권력관계의 변화를 이끌어내기 위해서는 비판적 의식화와 투쟁, 직접 행동이 필요하다. 그렇기에 건강불평등 해소를 위한 전략으로 참여는 기술적, 전문적인 건강 개입이기 이전에 집합적 권력강화와 정치적 세력화를 통해 기존의 불평등한 관계를 개선하고자 하는 정치적 과정으로 이해되어야 한다(Rifkin 2003; De Vos et al. 2009).

지역 수준에서 참여적 건강개입은 건강취약지역에 자원을 집중적으로 투입하고, 지역에 사는 당사자들의 주체가 되어 지역의 건강을 향상시키기를 기대한다. 참여를 사회 경제적 불평등을 변화시키고 그를 통해 건강불평등을 완화하기 위한 정치적 과정으로 본다면, 동일한 과정을 지역사회에서 사람들이 경험하고 살아가는 건강과 건강 문제들을 정치화(politicize)하고 이런 사안들을 중심으로 사람들을 조직화하는 과정이라고 설명할 수도 있다

(Williams 2004). 가시적인 정치적 세력화나 건강에 영향을 미치는 정책에 대한 영향력 행사로 이어지지 않는다고 하더라도 여전히 참여적 건강 개입은 건강 정치를 위한 정치적 토대를 형성하는 기초적인 단계의 실천이 될 수 있다. 지역사회에서 발견되는 건강 문제가 각자가 선택한 삶의 양식에 따른 결과이거나 피할 수 없는 운명이 아니라 사회적 불평등의 결과임을 인식하는 것은 건강의 정치화를 위한 기초적인 인식 전환이다. 전반적인 건강 문해력이 높아지고 주민들이 건강에 영향을 미치는 지역의 정책에 관심을 가지며, 관련해서 책임을 지고 있는 공공기관의 책무를 요구하게 되는 것 역시 정치적 권력강화의 과정에 포함된다.

한국에서도 지역사회 참여는 건강불평등 해소를 위한 전략으로 논의되어 왔다(신영전 et al. 2011; 윤태호 2017; 허현희 2018). 그러나 이 때 참여가 권력, 돈, 자원의 불평등을 해소하기 위한 권력강화의 과정으로 개념화되고 있는지는 명확하지 않다. 지금까지 한국에서 참여적 건강개입은 대체로 외부 전문가들이 결정한 건강 지표를 기준 삼아 지역 간 건강 불평등을 드러내고 ‘건강취약지역’에서 보건소가 중심이 되어 주민참여를 ‘전략’으로 삼는 형태를 취해왔다. 사업은 건강불평등 해소를 위한 주민들의 자발적 참여를 강조하고 주민들이 ‘힘’을 가지는 것을 강조하지만 이런 사업들이 어떻게 구조적 불평등을 해소하기 위한 정치가 될 수 있을지에 대한 단서는 희미하다.

지금까지 드러나는 주민참여의 성과는 대체로 보건소가 주민 참여를 자원 삼아 건강 행태를 변화시키는 것에 대한 것들이었다. 평일 보건소에 방문할 수 있는 특수한 집단을 중심으로 사람들을 조직화하고 치료보다 예방적 활동에 초점을 맞추며 건강행태를 변화를 목표로 하는 현재의 건강증진개입들이 건강불평등 해소를 위한 전략이 될 수 있을 것인지 여부도 불투명하다. 일각에서 주민참여적 건강개입에서 권력강화와 정치의 중요성을 말하고 있기는 하지만(정백근 2018b; 김새롬과 김창엽 2018) 건강영역에서 참여는 불평등을 완화할 수 있는 정치적 과정으로 이해되지 못하고 있다. 이렇게 기술화, 탈정치화된 참여를 세계보건기구가 말하는 건강불평등 완화를 위한

전략으로 연결시키기 위해서는 참여적 개입을 정치적 과정으로 재구성하고, 개입의 목표가 주민들의 권력강화가 중심이 될 수 있도록 이를 뒷받침하는 제도와 지식을 갖추어야 한다. 건강불평등 해소를 위한 전략으로서 의의를 가지고자 한다면 참여적 건강개입의 결과가 일시적 건강 행태 개선이나 자조적 건강 모임 활성화로 이해되는 데에 그쳐서는 안 된다. 건강불평등 해소를 위한 전략으로 참여는 건강취약지역 주민들의 권력강화를 촉발하고, 건강 문제를 정치화하며, 장기적으로 건강불평등을 완화하기 위한 분배적 정의 개선을 위한 정치로 나아가는 실천으로 개념화되어야 한다.

### 3. 건강 영역에서 참여의 효과

지역사회 참여는 그 효과를 실증주의적 관점에서 일반화된 예측을 할기 어려운 개입이다(Rifkin 2014). 지역사회 주민참여라는 개념을 동일하게 사용하는 경우에도 ‘지역사회’와 ‘참여’ 모두 단일하게 규정할 수 없는 유동적이고 관계적인 개념이기에 이들을 표준화하기 어렵다. 참여를 통해 달성하고자 하는 목표 역시 고정적이지 않고 다양하다.

전략 내지 방법으로 활용되는 참여가 무엇을 의미하는 것인지에 대한 규정이 명확하지 않다는 것도 참여의 효과를 측정하게 어렵게 만든다. “참여는 일상적인 정치적, 행정적 수행 속에서 완전히 분리할 수도 없고, 명확하게 규정하기도 어려운 특정한 부분들을 부르는 방식”(Contandriopoulos, 2004)이기에 이를 어떤 개입이나 투입으로 분리해낼 수 있는 합의된 기준을 제시하기도 어렵다. 그럼에도 불구하고 지역사회 참여가 어떻게 건강을 향상하고 건강불평등을 완화하는 데에 기여하는 지를 파악하기 위한 연구들이 수행되었다. 여기에서는 건강 개입에서 참여의 효과에 대한 근거를 종합한 체계적 문헌 고찰 연구를 중심으로 참여의 효과를 검토한다.

지역사회 참여가 건강에 미치는 영향은 다양한 경로를 경유한다. 영국의 경험을 중심으로 지역사회 개입이 건강의 사회적 결정요인에 어떤 영향을 미치고, 참여가 지역의 건강 수준 개선으로 이어지는 인과적 경로가 어떠한 지에 대한 근거를 종합한 popay et al.(2007)은 참여가 건강개선으로 이어지는 경로를 네 가지로 제시한다.

첫째, 참여는 정보의 흐름을 촉진한다(정보 흐름 경로, information flow). 지역사회의 필요를 더 잘 파악하고, 서비스 이용을 저해하는 요소들을 파악함으로써 건강 서비스의 적절성과 접근성을 향상할 수 있다. 이론적으로 이는 건강을 향상하고 서비스 이용 불평등을 줄임으로써 건강불평등을 줄이는 데에 기여할 수 있다.

둘째, 지역사회의 거버넌스와 가디언십(guardianship)이 건강 개입의 효과

를 개선할 수 있다. 주민들이 건강 서비스 또는 건강 사업 의사결정에 주민들이 개입하는 것은 사업에 대한 신뢰를 높인다. 특히 지역 주민들의 신뢰를 받는 여론주도층 또는 주민지도자들이 건강 개입을 이해하고 지지하는 것은 이런 효과를 강화한다. 건강 개입에 대해 여론주도층이 오너십을 가지고 주민들이 직접 옹호, 홍보 활동에 참여하는 것은 지역 내 서비스 수용도를 높이고, 이는 개입의 효과성 향상으로 이어진다

셋째, 지역사회 참여 과정은 신뢰, 호혜의 관계를 발전시키는 데에 기여하며 지역사회 내외부의 교환을 촉진한다(사회자본 개발, social capital development). 지역의 사회 자본은 건강의 사회적 결정요인으로 건강에 유해한 사건이 발생했을 때 건강 악화를 방지하는 완충 기능을 가지고 있으며, 사회적 배제와 불평등 그 자체로 인해 발생하는 부정적인 건강 영향을 완화하는 데에 기여한다.

넷째, 권력을 획득한 지역사회는 자신들의 사회적, 물질적, 정치적 환경을 변화시킬 수 있다(통제와 권력강화, control and empowerment). 이 경로는 지역사회와 정부 사이의 권력 관계 변화와 제도적, 정책적 변화를 필요로 하며, 그 과정에서 개인과 지역사회는 자신의 선택을 관철시킬 수 있는 정치적 역량과 능력을 획득한다. 이 때 건강 개선과 불평등 완화는 개인 수준에서 효능감과 자기 통제 강화, 지역 수준의 집합행동을 통한 관계적·물질적 관계 개선, 건강 서비스/개입의 효과성 향상 모두가 작동한 결과다

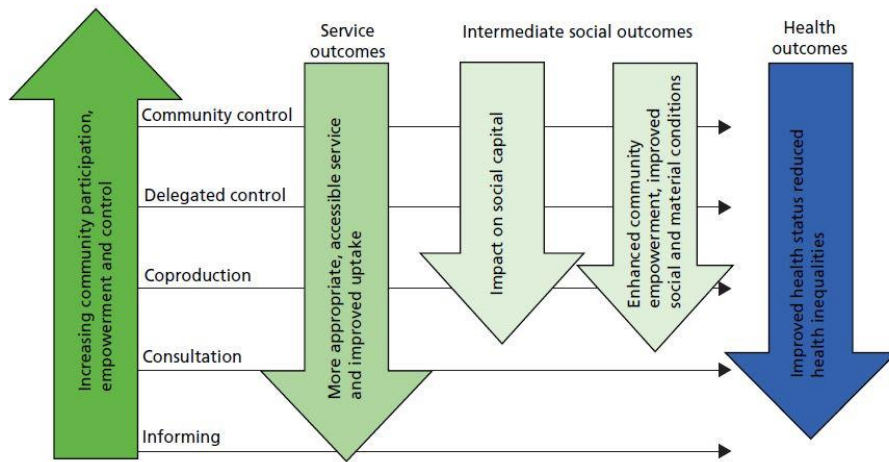


그림 3. 지역사회 참여, 권력강화, 통제가 건강 향상과 건강불평등 완화에 이르는 경로(Popay 2006; Milton et al. 2012)

이어서 연구진들은 지역사회 참여와 권력강화의 효과로 서비스 결과, 사회적 결과, 건강 결과로 구분해 이를 <그림 3>의 틀과 같이 제시한다. 건강 결과 개선으로 향하는 네 가지 경로는 상호작용하는 다층적 권력강화에 의해 작동한다. 정보제공, 자문, 공동생산, 통제 위임, 지역사회 통제로 참여의 수준이 높아질수록 권력강화적 참여는 서비스 결과를 개선하고 사회 자본을 축적하며 사회적, 물질적 조건을 개선함으로써 건강 향상과 건강불평등 완화로 나아갈 수 있다. 그러나 저자들은 위의 틀이 다양한 근거를 종합한 것이기는 하지만 지역사회 참여, 권력강화, 통제가 건강향상과 건강 불평등 완화에 효과가 있다는 위의 경로를 지지하는 일반화 가능한 실증적인 근거가 있다고 말하기는 어렵다고 밝힌다.

Evans et al.(2010)은 지난 40여년 동안 참여에 대한 강조가 이루어졌지만 그 효과를 파악할 수 있는 무작위 통제 실험이 이루어지지 못했고, 질적 근거들을 종합했을 때 영국 공중보건국에서 수행한 참여적 접근들이 건강 결과와 사회적 결과에 효과가 있다는 근거를 찾기 어렵다는 결론을 내렸다 (Evans, Pilkington, and McEachran 2010). 이후 영국에서 건강의 사회적 결

정요인을 개선하기 위한 참여적 개입의 효과에 대한 체계적 문헌고찰에서는 조금 더 긍정적인 결론을 내렸다. Milton et al.(2012)은 지역사회 참여가 인구집단의 건강 수준이나 건강 서비스의 질에 직접적으로 긍정적인 영향을 미친다는 근거를 제시하기는 어렵지만 참여적 개입들이 주거 문제를 개선하거나, 범죄율 감소, 사회 자본 향상에 기여한다는 근거가 존재하고 상대적으로 더 자원이 없는 집단(인종적 소수자 집단)의 포용을 촉진하는 데에 효과가 있었다는 결론을 내렸다. 이 연구에서는 또한 참여가 주민들이 새로운 활동에 참여할 수 있는 기술, 지식, 자신감을 획득하고 정치적 효능감(sense of political efficacy)을 얻는 데에 기여했다는 점에서 지역사회의 권력강화에 기여할 수 있다고 설명한다(Milton et al. 2012).

문헌고찰의 범위를 중고소득 국가로 확대하한 문헌고찰에서도 유사한 결론이 도출되었다. Hoon Chuah et al.(2018)의 연구는 특정 질병에 대한 개입을 배제하고 일반적인 건강 향상을 위한 지역사회 개입의 근거를 종합했다. 저자들은 popay(2006)가 제시한 틀(그림 3)을 토대로 지역사회 참여의 결과를 구분하여 보여준다. 이들의 연구에서는 지역사회 참여 연구에서 참여의 속성, 이론, 맥락적 요인, 권력 관계를 파악하기 위해 체계적으로 문헌을 검색하고 총 79개의 최종 검토할 문헌으로 선정했다. 참여의 단계를 구분했을 때 79개의 문헌 중 8개 문헌이 자문, 51개 논문이 공동생산, 10개 문헌이 통제 위임, 10개 문헌이 지역사회 통제 단계의 참여에 대한 것이었다. 검토한 문헌 중 참여의 결과를 보고한 연구는 21개였는데 참여적 건강 개입의 결과로 서비스 결과에 대한 보고가 가장 많고, 건강 결과에 대한 보고가 가장 드물었다. 서비스 결과를 보고한 연구가 15편, 사회적 결과를 보고한 연구가 4편, 서비스 결과와 사회적 결과를 함께 보고한 연구가 1편, 건강 결과를 보고한 연구는 1편이었다.

서비스 결과를 보고한 16편의 연구 중 서비스 이용자와 의료제공자들이 지방정책결정에 참여할 수 있도록 자문을 했으나 실질적인 참여가 불가능했고 참여자들이 정책 과정에 스스로 영향력을 행사하지 못했다고 파악한 연



구(Santos et al. 2011)를 제외하고 15편의 연구는 대체로 참여가 서비스 결과를 개선하는 데에 기여했다고 보고했다. 일례로 건강 프로그램 개발 단계에서 주민들의 참여는 지역의 맥락에 맞게 프로그램을 계획하고 지역 주민들의 관점에서 필요를 파악하는 데에 기여하고, 서비스 제공자와 주민들 사이에 더 좋은 관계를 형성할 수 있게 해주었다(Trettin and Musham 2000). 건강 격차를 줄이는 것을 목적으로 지역 내 소수자 단체와 보건의료기관, 지방정부의 보건 부서, 주/연방 정부 기구, 민간 재단이 파트너십을 형성해 지역사회건강요원을 선발하고 이들이 취약집단에게 교육, 아웃리치, 제도적 지원을 복합적으로 제공한 미국의 Community Voice 개입에서는 사회경제적 지위가 낮고 보험이 없었던 집단에서 일차, 전문 의료 서비스 이용이 늘어나는 반면 응급 의료 서비스와 입원 서비스가 감소했다(Braithwaite et al. 2006). 자원이 부족하고 열악한 도시 지역에서 CBPR 접근의 개입을 통해 지역사회와 개입자가 보다 평등한 관계를 맺고, 주민들 사이에 보다 공평한 상호교류의 장(level playing field)을 형성함으로써 주민들이 서로를 대하는 태도를 변화시키고 주민들이 의사결정과정에 적극적인 참여자로 나설 수 있게끔 했던 사례도 확인되었다(Gibbons et al. 2016).

사회적 결과를 보고한 다섯 편의 연구 중 두 편은 부정적인 결과, 세 편은 긍정적인 결과를 보고했다. 부정적인 결과를 보고한 논문 중 시민들이 일정한 행정적 권력을 가진 지역건강위원회(regional health authorities)에 참여할 수 있게끔 시민 거버넌스 위원회를 구성한 캐나다의 사례에 대한 양적 연구는 시민 참여자들이 자신의 역할이 명확하지 않고 권한이 제한적이며, 제대로 통제할 수 없는 것들에 대한 책임을 지게끔 되어 있다고 느끼고 있고, 실질적으로 보건의료서비스에 대한 시민적 통제가 향상되거나 권력강화가 이루어지고 있다고 보기 어렵다는 없다는 결론을 내렸다(Chessie 2009). 반면 도쿄에서 무작위로 추출한 13개 지역에 2년마다 지역 별로 20명의 주민(주로 여성)을 ‘지역사회 건강 리더’로 임명하고 지역에서 건강증진을 위한 자발적 활동들을 할 수 있도록 일정 수준의 예산을 지원했던 사업은 긍

정적 결과를 보고했다. 이 연구에서는 사업 실행 지역과 비실행 지역에서 30세~59세 여성들을 조사했을 때, 사회경제적 수준을 보정한 이후에도 개입지역 중년 여성들의 건강행태와 건강 정보 취득, 건강정보 접근성에 대한 만족감, 건강 문해력이 비개입지역에 비해 높은 수준이기에 이 사업이 성공적이었다고 판단했다(Yajima et al. 2001).

건강 결과를 보고한 것으로 분류된 연구는 벨기에에서 지역사회기반 일차의료를 위한 주민 참여를 다루었다. 여기에서는 보건, 의료, 복지 전문가들로 구성된 지역사회기반 일차의료팀(community-oriented primary care team; COPC)이 지역사회 주민들과 함께 협력하여 건강 개입을 개발했다. 지역에서 노인, 이주민, 독거자, 한부모 가정 등에 대한 포커스 그룹 인터뷰를 실시하고 지역사회의 건강 필요를 파악했다. COPC팀은 서로 다른 문화와 언어를 사용하는 엄마들과 함께 적절한 영아 돌봄과 수유에 대한 비디오를 제작했으며, 여러 언어로 아이들의 영양을 개선하기 위한 지식과 정보를 제공했다. 참여적 건강개입 과정에서 일차의료팀의 간호사와 일차진료의사들이 아동 치아우식증이 심각함을 발견하고 아동 치아 건강에 대한 프로젝트를 시작하기도 했다. 지역 내 소아과(Well-baby clinic)와 치과대학이 협력해 지역 내 30개월령 아동의 치과검진을 실행한 결과 초기 아동기 치아우식증은 빈곤, 인종과 명백한 관련이 있었다. 이런 결과를 토대로 지역의 엄마들과 소아과 의원, 치과의사들이 구강 위생 캠페인을 벌였고, 이들의 활동은 이후 사업이 진행된 도시가 소속된 플랑드르(Flanders) 지역에서 30개월령 아동에 대한 치과 검진을 실시하도록 하는 정책이 만들어 지는 데에 기여했다(Art, De Roo, and De Maeseneer 2007).

Hoon Chuah et al.(2018)은 검토한 문헌들의 근거 수준이 높지 않고 지역사회 참여에 대한 문헌들이 다루는 참여의 수준이 다양하고 참여의 맥락이 중요하다는 것을 감안한다고 하더라도 지역사회 참여가 사회적 결과와 건강 결과에 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것이라고 결론을 내린다(Hoon Chuah et al. 2018).

개발도상국을 중심으로 지역사회 참여를 검토한 다른 체계적 문헌고찰은 지역사회 참여 개입이 긍정적인 역할을 한 사례를 확인할 수 있지만 건강 결과 개선에 직접적인 영향을 미친다는 근거를 제시하기 어렵다는 결론을 도출하고 있다. Mubyazi 와 Hutton(2012)은 개발도상국에서 건강 계획과 자원 배분, 서비스 전달에서 지역사회 참여에 대한 체계적 문헌고찰을 수행했다. 이들은 연구에서 검토한 지역사회 개입 프로그램이 공통의 요소를 갖추고 있지 못하며 지역사회 참여 개념에 대한 혼란이 존재하고, 수동적이고 형식적인 참여 개입이 대부분임을 지적한다. 지역사회 참여 개입은 건강, 지식, 자원 배분, 보건의료시설의 반응성, 더 많은 참여로 이어질 것이라고 기대되었지만 대부분의 연구에서 참여가 지역에서 건강 우선순위를 도출하는 방법 혹은 수단으로 여겨지는 수준에 머무르고 있다는 것이다. 저자들은 체계적, 맥락적 요인들에 대한 고려 없이 참여를 건강 문제의 해결로 여기는 것이 참여에 대한 접근을 어렵게 만든다고 비판한다. 이어 저자들은 현재로서 지역사회 참여를 통해 건강을 향상하기 위한 일반화가능하고 포괄적인 근거가 있다고 보기 어렵지만 이런 결론은 지역사회 참여에 대한 모호한 규정과 이해가 혼용되고 있는 상황과 관련이 있다고 덧붙인다(Mubyazi and Hutton 2012).

또 다른 체계적 문헌고찰에서는 중저소득국가에서 보건의료기관에 대해 영향력을 행사하는 주민 참여 위원회(health facility committees, HFC)의 효과와 여기에 영향을 미치는 요인을 종합했다. 이들에 의하면 HFC는 보건의료서비스의 질과 보장성을 높이고, 건강 결과를 향상하는 데에도 기여하는 것으로 나타났다. 그러나 저자들은 HFC가 수행하는 역할과 이들이 놓여있는 맥락이 이질적이기에 이 근거를 일반화하기는 어려울 것으로 판단한다. 이들은 HFC가 유의미한 시민적 통제를 행사함으로써 건강 결과를 도출하는 데에 개입과 맥락의 상호작용이 매우 중요하다고 결론을 내린다(McCoy, Hall, and Ridge 2012).

지역보건의료기관에 대한 지역사회 책무(community accountability) 제도

의 효과를 검토한 연구에서는 책무(accountability), 참여(participation), 개입(engagement, involvement) 등이 유사한 개념으로 중복되어 사용되고 있다고 보면서 지역보건의료기관에 대하나 지역사회 참여가 책무 기전을 작동하는 데에 기여할 수 있다고 결론을 내린다. 지역사회 책무 제도 중 가장 흔한 방식은 주민 위원회였고, 책무 기전이 유의미하게 작동하는 데에는 위원회가 어떻게 그리고 왜 구성되었는지를 결정하는 정치적 계기, 위원회 구성원들과 서비스 제공자, 의료인 사이의 관계, 그리고 지방 또는 국가 정부의 자원 제공과 정치적 지지가 중요한 맥락으로 작동했다(Molyneux et al. 2012).

Rifkin(2014)은 참여의 건강 결과에 대한 체계적 문헌고찰들을 종합하면서 취약한 인구집단의 건강을 향상하기 위해 지역사회 참여가 핵심 원리로 되어 있지만 이에 대한 엄밀한 근거가 여전히 부족한 수준이라고 판단한다. 참여와 건강결과 개선의 연결이 드러나는 경우에도 그 근거가 맥락의존적이고 상황특수적이어서 이를 일반화하기도 어렵다. 따라서 그는 이런 상황을 타개하기 위해 지역사회 참여를 과정으로 이해하는 대안적 틀과 방법론이 필요하다고 결론짓는다. 예를 들자면 지역사회 참여를 어떤 특정한 보건개입(예. 영아사망률 감소를 위한 모자보건개입)을 지지하는 과정으로 설정하고 건강 결과 개선으로 이어지는 경로(지역사회 수용성, 옹호성 향상, 지속가능성, 리더십 등)에 대한 탐색을 수행하는 연구들이 지속되고 이런 근거들을 종합할 수 있는 틀이 필요하다는 것이다(S. B. Rifkin 2009; S. B. Rifkin 2014).

영국 NHS는 참여적 개입이 건강 불평등을 줄이는 데에 기여할 수 있는지에 대한 근거를 종합하는 연구 결과를 출간했다. 이 연구에서는 취약 집단(disadvantaged group)을 대상으로 하는 공중보건개입에서 지역사회 참여 접근이 건강불평등을 줄이는 데에 기여하는지, 이런 종류의 개입이 유효한 인구집단과 환경은 무엇인지, 그리고 이런 종류의 개입이 필요로 하는 비용은 어떠한지에 대한 체계적 문헌고찰을 실시했다. 보고서는 319건의 연구를

검토한 결과 취약집단에서 참여적 건강개입이 건강 행태, 건강 결과, 참여자의 자기 효능감, 그리고 사회적 지지를 개선하는 데에 기여한다고 결론을 내린다. 그러나 참여적 건강 개입 효과의 크기는 맥락에 따라 다양하게 나타나고 상황에 따라 각기 다른 참여 방식이 적절하기에 일반적인 메타 분석처럼 개입 효과 크기를 추정할 수는 없었다. 보고서는 또한 지역사회 참여 개입이 비용효과적인지 확인하기 위한 근거가 부족하고, 참여의 장기적 개입 결과를 확인하기 위한 평가와 보다 엄격한 과정 평가, 직접, 간접 비용과 자원에 대한 자료 수집이 필요하다고 결론을 내린다(A O'Mara-Eves et al. 2013).

마지막으로 사람들이 살아가는 물질적 사회적 조건을 보호, 유지, 증진하기 위한 의사결정에 대한 지역사회의 실질적 참여의 효과를 파악한 영국 What Works Centre for Wellbeing(WWC-WB)의 보고서는 참여자들이 실질적 권력을 가지고 통제를 행사하게 되었을 때 어떤 변화가 발생하는지 그 효과를 파악하기 위한 문헌고찰을 실시했다. 이들은 권력강화를 중심으로 한 참여(empowerment based model of participation)에 초점을 맞추기 위해 연구가 검토하고자 하는 지역사회 참여를 공동 의사결정(joint decision-making)으로 개념화한다. 이들에 의하면 공동 의사결정에 따른 의미 있는 참여는 첫째, 관여하는 모든 사람들에게 권력이 공유되고, 둘째, 개입 또는 사업의 모든 의사결정에 대해 의미 있는 참여가 이루어지며, 셋째, 소득·교육·젠더·인종·연령·장애·질병·언어·돌봄 부담 등 참여를 어렵게 만드는 요인들을 극복하기 위한 적극적인 조치가 취해지며, 넷째, 지역사회가 동의하고 적절하다고 생각하는 가운데 개입에 대한 전면적이고 적극적인 참여가 이루어지는 상황을 의미한다. 연구진은 이런 엄격한 기준에 의해 문헌을 선정하고 근거를 종합했다. 그 결과 지역사회 웰빙에 영향을 미치는 개입에서 의사결정에 대한 지역사회 참여는 참여자 당사자와 지역사회 전반에 이득이 되는 것으로 나타났다. 공동의사결정 개입은 지역의 조건을 유지, 개선하고, 근린 서비스나 공공 시설의 공동화에 저항하며, 좀 더 살기 좋은 지역이 될

수 있도록 자원을 동원하는 데에 기여했다. 공동의사결정은 사람들이 살아가는 물리적 환경이나 사회적 관계, 개인의 신체적 정신적 건강, 지역사회의 건강과 웰빙 등 건강의 사회적 결정요인들에도 긍정적인 영향을 미칠 수 있는 것으로 확인되었다(Pennington et al. 2018).

## 4. 참여 실패와 위험

참여적 개입은 지식 생성과 의사결정에서 좀 더 민주적이고 포용적인 접근을 택하고자 하지만 이것이 언제나 성공적인 것은 아니다. Tisdall(2013)은 UN 등 다양한 행위자들이 참여의 중요성을 강조하면서 여러 영역에서 사회적 변화를 위한 참여적 개입이 실행되었지만 참여가 권력강화로 연결되지 못하는 경우가 많음을 지적하고, 영역과 맥락의 차이를 넘어 공통적으로 발생하는 문제들을 정리했다. 여기에서는 Tisdall의 논의를 중심으로 참여의 실패와 위험에 대해 살펴본다(Tisdall 2013).

참여가 처하는 첫번째 도전은 참여가 명목적 참여(tokenism)에 그치면서 의사결정을 정당화하는 기제가 되어버리는 상황이다. 정책결정자들은 참여자들에게 의견을 구하지만 참여자들의 의견은 의사결정에 제대로 반영되지 않는다. 참여가 강조되는 많은 상황에서 당사자들은 의미 있는 참여를 할 수 있는 시간적 여유를 가지고 있지 못하다. 참여자들의 목소리를 수용하는 형태를 갖추었지만 실질적으로는 의사결정과정에 당사자들의 영향력을 제한하는 명목적 참여는 ‘참여의 얼굴을 한 정당화’로 잠재적 갈등을 완화하면서 구조적 불평등을 강화하는 수단이라고 비판받는다(Brock and McGee 2012; Cornwall and Brock 2005).

두 번째 문제는 환류 과정의 부재이다. 사람들은 어떤 사안과 관련된 의사결정에 참여하도록 요구받지만 자신들의 참여가 실제로 정책결정이나 사업집행에 어떤 기여를 했는지에 대해 설명을 듣지 못하거나 사업의 평가 과정에서 배제되는 경우가 많다. 이런 과정이 반복되었을 때 참여자들은 자신들이 착취, 동원당한다고 느끼게 된다. 실망, 좌절, 참여 피로를 느끼고 신뢰와 참여 효능감이 감소하면서 이후 참여를 꺼리게 되는 것도 공통적인 현상이다(Pennington et al. 2018).

세 번째 문제는 참여 불평등이다. 기존의 자원 불평등은 참여 불평등으로 이어지기 쉽다. 주민참여개입은 언제나 힘 있는 이들에게 더 많은 권력을

부여(empowering the powerful)하는 역진적 개입이 될 위험을 가지고 있다(Hastings and Matthews 2015; Kennett et al. 2015). 지역 내 불평등에 대한 고려 없이 이루어진 참여와 자원 투입은 기존의 지역 내 권력 구조를 강화하는 데에 기여하기 쉽다. 지역사회에 초점을 맞추는 개입들은 ‘사람들의 의견’이 가지는 정당성에 관심을 두지만 그로 인해 지역사회 내의 이질성과 차이를 놓치기 쉽다. 주민들 사이에서도 외부에 제시할 지역사회의 합의된 입장과 의견을 도출해야 한다는 압력이 작동하면서 합의에 대한 압박이 강해지고, 소수 의견이 묵살된다(Cooke and Kothari 2001; Cornwall 2002; Gaventa and Cornwall 2008). 새롭게 마련된 참여의 장에 대한 기존 권력 관계의 침투를 차단하기 어려운 상황에서 사회경제적 수준, 젠더, 교육 수준, 관료제에 대한 익숙함 등 참여자가 가지고 있는 자원에 따라 참여 여부가 결정되는 것도 보편적인 현상이다. 가장 취약한 집단의 다차원적 취약성을 고려하지 않는 인구집단에 대한 보편적 건강증진개입이 개입이 건강불평등을 키울 수 있는 것처럼 참여불평등을 염두에 두지 않은 참여적 개입은 지역 내 권력구조를 재생산, 공고하게 만드는 데에 기여할 수 있다.

네 번째 문제는 참여 공간에서 논의가 대화(dialogue)로 나아가지 못하는 경우다. 많은 참여적 개입에서 주민들은 지식과 경험에 있어서 더 큰 권위를 가지고 있는 외부 개입자들의 의견이 수용, 학습한다. 자신들의 경험과 필요를 발화하고 이를 비판적으로 의식하는 대신 일방적으로 외부의 의견을 수용할 수도 있다. 이럴 때 참여는 명목적 참여보다 높은 수준으로 나아가지만 자기통제 강화가 아니라 특권을 가진 전문가 집단이 생산한 지식과 규범을 수용하는 장치가 되어버릴 수 있다. 외부에서 부과된 규범을 내면화하고 자조적 해결을 지향하는 접근은 지역의 문제를 비판적으로 성찰하고 구조의 변화를 요구하는 대신 지역사회에 책임을 부과하는 책임화(responsibilization)의 과정으로 환원될 수 있다는 점에서 더욱 위험하다(Birk 2017; Berner and Phillips 2005).

다섯 번째 문제는 참여적 개입에 의해 주민들의 활동이 관료화되는 경우



이다. 참여의 내용과 범위가 정부 등 외부 개입자에 의해 통제되고 정부의 평가에 따라 보상과 인정이 이루어질 때 주민들은 자신들의 자발적 활동을 기존의 관료적 체계에 적응시킨다. 주민들이 오너십을 가지고 있을 때 오히려 참여자들이 즉각적인 성과를 도출하기 위해 스스로 지역 내에서 압력을 행사하고, 사업의 성과를 과장하기도 한다. 이 경우 정부의 지지와 관리가 중단되었을 때 주민 참여는 함께 중단되며 참여의 지속가능성은 담보할 수 없다(Tisdall 2013).

여섯 번째 문제는 소수의 지역사회 지도자들이 참여적 개입을 통해 접근 가능한 자원과 기회를 독점하는 경우이다. 지역사회 참여 개입에서 주민 리더십은 필수불가결한 요소이다. 그러나 지역 주민들을 대표해서 사업에 참여하는 소수의 주민 지도자들이 자연스럽게 전체 지역사회를 대변해서 결정을 내리고 지역사회 내부에서 민주적이고 평등한 의사결정을 지향하리라고 가정할 수는 없다. 지역사회 기반 접근에서 주민 대표가 권위주의적 리더십으로 지역사회 주민들을 동원하거나 의사소통 통로를 독점하면서 사업을 과잉대표하는 것은 다른 집단의 참여를 저해하고, 소수에게 이득이 되는 결정을 내릴 수 있다는 점에서 더욱 문제적이다(Roodt 1996).

일곱 번째, 참여적 개입으로 인해 지역 내 갈등과 균열이 발생할 수 있다. 자원과 기회가 희소한 지역사회에 자원을 투입하는 참여적 개입에서 누가 사업이 제공하는 혜택을 직접 받고 자원에 대한 권한을 가질 것인지는 첨예한 갈등을 야기할 수 있다. 주민들이 내부적으로 공정하고 평등한 절차에 따른 결정을 내릴 수 있으리라는 가정도 비현실적이다. 건강취약지역에 투입되는 자원을 두고 경쟁이 발생하고, 이를 독점하려는 지역 엘리트들이 나타나면서 대립과 갈등이 생기고 사회적 관계가 악화된 사례는 국내의 참여적 건강개입에서도 확인할 수 있다(홍종원 2015). 특히 기존에 지역 내에서 영향력을 행사하던 집단들이 특정 정치적 집단과 연결되어 있고, 집권세력이 교체됨에 따라 투입되는 자원을 통제할 수 있는 지역 주민조직이 배타적으로 교체되는 경우 지역사회 참여와 통제는 오히려 지역 내에서 정치적 분

열을 강화하는 데에 기여할 위험이 있다(Heller, Harilal, and Chaudhuri 2007).

마지막으로 물질적, 사회적 제한으로 인해 당사자들이 필요로 하는 실질적인 사회 변화를 이끌어내지 못하는 상황을 해소하지 못하는 상황에서 참여가 이루어지는 경우의 문제이다. 이는 긴축으로 인해 지방재정 지출을 삭감해야 했던 상황에 놓였던 여러 나라에서 확인되었다. 참여적 예산 삭감은 누구를 배제하고 무엇을 덜 중요하다고 판단할 것인지에 대한 어려운 결정을 시민들에게 미루면서 정부가 부담해야 할 사회적 갈등을 시민사회에 전가했다(Saddi and Pego 2018; Lowndes and Pratchett 2012). 이럴 때에 참여는 사람들이 자신의 필요나 이해를 추구할 수 있는 기회를 제공하기 보다는 기존의 상태를 정당화하고, 정당성 위기를 겪는 정부의 책임을 분산하며 기존의 권력관계를 정당화하는 역할을 하는 데에 그친다(Campbell and Jovchelovitch 2000; Cooke and Kothari 2001; Williams 2004).

## 5. 권력강화적 참여

### 1) 참여의 내재적 목표: 권력강화

참여는 주도적으로 결정하고 실천하는 주체가 아닌 이들이 실천에 보조적으로 개입하는 상황을 지칭한다는 점에서 자기한계를 갖는다. 국민들에게 정치적 결정에 대한 권한을 위임받은 정치인과 정책을 집행하는 공무원은 정책을 ‘결정’하고 ‘수행’할 뿐 ‘참여’하지 않는다. 건강과 관련된 지식을 가진 의사도 마찬가지이다. 진료에 ‘참여’하고자 하는 것은 의사가 아닌 환자와 보호자이며, 의사는 진단하고 치료하는 본디 업무를 행할 뿐이다. 국민, 시민, 소비자, 환자의 ‘참여’는 이렇게 보완적이고 보조적인 함의를 가진다.

동시에 참여의 개념상 한계를 뒤집어 생각한다면 이는 참여의 정치적 가능성을 의미한다. 참여는 기존에 의사결정에 충분히 영향력을 행사할 수 없었던 사람들의 영향력을 확대하고자 하는 기획이다. 현재 의사결정과정에서 목소리를 내지 못하고(the voiceless), 소외되고(the marginalized) 배제되고(the excluded) 권력박탈된(the powerless) 사람들이 더 많은 영향력을 행사하는 것을 지향한다는 점에서 참여는 정치적 평등이라는 사회정의 원칙에 대한 지향을 배태하는 개념이다.

참여의 내재적 목표로 권력강화에 대한 강조는 자신들의 운명에 대한 주체적 통제와 정치적 평등에 대한 지향 속에서 참여를 개념화하고자 하는 것이다. 그러나 참여가 그 자체를 목적으로 한다는(participation as an end) 표현이 사회적 맥락과 무관하게 모든 참여가 정당화될 수 있다는 주장으로 오인되어서는 안 된다. 참여가 내재적 가치를 가진다는 표현은 권력강화의 과정이자 전략으로 참여가 의미 있다는 주장으로, 모든 참여 실천 그 자체가 목표가 될 수 있음을 의미하지 않는다. 참여의 내재적 목적은 참여 주체가 속한 사회 관계와 이들의 수행을 형성하는 구조 속에서 해석되어야 한다. 권력강화적 참여는 자신의 삶에 대한 통제를 저해하는 경제적·사회적·정치적·문화적 조건들을 극복할 수 있도록 힘을 획득해 나가는 과정이기에 그 자

체로 가치를 가진다. 이렇게 보았을 때 참여의 건강 영향이나 효과는 그리 중요하지 않다. 참여자 수가 늘고 참여가 활발해지는 것이 최종적 목표인 것도 아니다. 참여를 통해 지역사회의 개인과 집단이 변화하고 이들의 권력이 강화되는 것, 따라서 건강의 다층적 결정요인들에 대한 시민적 통제를 행사하는 것이 건강 영역에서 참여의 내재적 목표다(Morgan 2001; S. B. Rifkin 1996; S. B. Rifkin 2003).

사람들이 자신의 삶에 영향을 미치는 집합적 결정에 다양한 방식으로 영향력을 행사해야 한다는 생각은 직접 민주주의의 평등주의적 이상과 관련이 있다. 이렇게 보았을 때 건강 영역에서 권력강화적 참여는 직접 민주주의의 인민에 의한 지배를 건강 영역 내에서 구현하고자 하는 과정이다. 이 때 내용이 되는 건강은 인간 삶의 조건이자 축적된 불평등이 체현된 결과다. 건강의 사회적 결정요인들에 대한 이해는 결국 건강불평등의 근본적 원인을 개선하기 위해 권력과 자원 재분배가 필요하다는 결론으로 이어진다. 이 때 참여가 핵심적인 이행전략이 되는 것은 권력과 자원의 분배를 결정하는 구조 그 자체를 변화시키지 않고서는 기존의 불평등을 해소할 수 없기 때문이다(WHO 2008; Marmot et al. 2008; Marmot and Bell 2010). 건강에 대한 인권적 접근(human right approach to health)이 건강한 삶에 대한 인간의 권리를 관철하는 매개(medium)로 권리를 주장할 권리(right to claim right)와 참여를 강조하는 것도 유사한 맥락이다. 건강할 권리를 발견하고 지향하는 과정으로 참여는 모두가 인간적인 삶을 성취하기 위한 일상의 노력인 동시에 민주주의적 실천이다(Yamin, 2009; Yamin & Norheim, 2014).

정치적 의사결정에 대한 권력이 국가와 시장, 시민사회에 분산되어 있다고 본다면 참여는 국가권력과 시장권력에 대한 시민적 통제를 강화하는 과정이다. 참여는 다층적 수준과 다양한 차원에서 사회권력을 강화함으로써 기존의 권력관계를 재편하는 과정이 될 수 있다. 이 때 사회권력은 관료주의와 전문가주의, 비효율, 비민주성, 그리고 경제에 포섭된 신자유주의 국가의 실패에 대항하여 민주적 통제를 가능하게 하는 힘이다. 이렇게 보았을

때 건강 영역에서 권력강화적 참여는 건강을 내용으로 사회권력을 강화하고자 하는 실천이다(김창엽 2012; 김창엽 2017b).

참여를 통해 변화시키고자 하는 사회적, 정치적, 문화적 권력관계는 사회 전반의 권력 구조와 긴밀하게 연관되어 있다. 건강을 중심으로 하는 지역사회 주민활동은 한국의 관료권력과 의료전문가 권력, 제도, 지식의 영향을 받는다. 반대로 지역사회의 주민활동들이 기존의 구조에 영향을 미칠 수도 있다. 기존에 권력이 행사되던 방향이 주로 위에서 아래로, 또 중앙에서 지방으로 향하는 일방적인 흐름이었다면 권력강화적 참여는 이와는 반대로 주민들이 지방정부에, 그리고 다시 중앙정부에 영향을 미치는 방식이다. 권력강화된 주민들이 지역 내에서 역량과 권한을 확보하고 조직화된 주민들의 연대를 통해 공적 영향력을 행사하는 방향으로 나아갈 수 있다면 이는 건강에 영향을 미치는 지역과 국가의 정책, 시장의 생산활동에 대한 사회적 통제를 강화하는 데에 기여할 수 있다.

## 2) 참여와 권력

많은 연구가 참여를 ‘권력’과 ‘통제’와 연관된 개념으로 분석하고 이해해야 한다고 말하지만(George, 2015; De Vos et al., 2009; Williams, 2004) 이 때 권력이 의미하는 바는 불분명하다. 하지만 권력을 어떻게 규정하는지에 따라 권력강화적 참여에 대한 개념 역시 다른 의미를 가지게 된다는 점에서 권력에 대한 이해는 중요하다. 여기에서는 권력에 대한 고전적 관념을 토대로 참여를 논의했을 때의 장단점을 소개하고, 기존의 관념과는 다른 시각에서 권력과 권력강화를 개념화하는 페미니스트 권력 이론을 소개한다.

전통적으로 ‘참여’는 정부의 권한과 의사결정에 권력과 시민적 통제를 갈등 관계로 바라보는 고전적인 갈등적 권력(conflictual power)관을 전제하는 관점에서 논의되어 왔다. 대표적으로 아른슈타인은 공적 의사결정에 대한 결정을 독점하고 있는 (행)정부를 시민의 반대편에 놓고 이들 사이의 권력

배분을 기준으로 참여의 단계를 나눈다. 참여를 논의함에 있어서 의사결정의 권력을 강조했던 아른스타인은 통상적으로 공적 의사결정과정에서 정부가 시민들보다 훨씬 많은 권력을 가지고 있고 시민들이 통제력을 가지는 경우는 매우 드물다는 데에서 논의를 시작한다.

그는 참여를 크게 비참여(non-participation), 명목상 참여(tokenism), 실질적 참여(citizen power)의 세 가지로 구분한다. 비참여가 정부가 공적 의사결정에 대한 권한을 독점하는 경우라면 명목상 참여는 지식, 자원, 권위에서 압도적인 권력 우위에 있는 정부가 참여를 허용하되 의사결정에 대한 권한은 허용하지 않는 경우를 지칭한다. 실질적 참여는 시민들이 부분적으로나마 권력을 행사하는 상황이다. 아래 그림에 표시된 바와 같이 비참여는 조작(manipulation), 처치(therapy), 명목상 참여는 정보제공(informing), 자문(consultation), 회유(placation), 실질적 참여는 협력(partnership), 위임(delegated power), 시민통제(citizen control)로 다시 구분된다(그림 4).

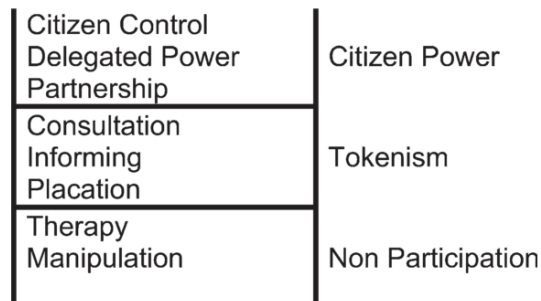


그림 4. 아른스타인의 참여 사다리  
(Arnstein, 1969; Cornwall, 2008에서 재인용)

비참여 단계에서 참여의 주도자는 주민 참여를 동원하는 정부다. 정부는 참여하지 않는 주민들을 동원하고, 주민들을 조작해 동의를 이끌어낸다. 명목상 참여 단계에서도 참여를 주도하는 것은 정부이다. 정부는 정보를 제공하고 주민들의 자문을 구해 의사결정을 이끌어 나간다. 참여의 가장 높은

수준은 시민들이 권력을 행사하고 의사결정을 통제로 설정된다. 참여 사다리는 암묵적으로 공적 의사결정에 대한 권한과 통제가 주민들에게 있는 것이 바람직한 상황으로 묘사하며, 이런 관점에서 건강 영역에서 참여는 주민들이 의료 전문가와 행정 관료의 권력에 대항하여 스스로의 권력을 회복하고자 하는 저항적 의미를 가진다.

아른슈타인의 사다리가 전제하는 권력은 지배하는 권력(power as domination)을 상징한다. 이런 고전적 권력관은 마르크스주의적 전통에 뿌리를 두는데, 이는 권력이 상품(commodity)처럼 배타적으로 소유되고, 공적 권위(authority)가 있는 중앙의 원천으로부터 아래로 전달되며, 권력의 행사는 근본적으로 억압적이라는 가정을 전제한다(Sawicki, 1991; 설한, 2001에서 재인용).

자유주의적 관점 역시 권력에 대한 마르크스주의적 이해를 공유한다. 대표적으로 달은 권력을 A가 B로 하여금 그의 의사와 무관하게 어떤 것을 하게끔 만드는 힘으로 설명한다(Dahl 1957). 소수가 권력을 독점해 다수를 억압하고 지배한다고 보는 마르크스주의적 관점에 비해 자유주의자들은 상대적으로 다수의 행위자들이 권력의 주체이고 권력의 행사는 억압적이기 보다는 경쟁적(competitive)이라고 본다. 그러나 양자 모두에서 권력은 지배하는 힘이자 재분배될 수 있는 자원이다. 이런 관점에서 참여는 사람들이 자율적으로 결정하는 능동적 주체로 발전하는 것을 방해하는 구조나 정치 엘리트의 권력 독점에 대항하여 시민이 정치적 의사결정에 영향력을 행사할 수 있게끔 권력을 회복하는 실천이다(Gaventa, 1982; 5p.)

김용익(1992)은 이런 관점에서 건강 영역에서 주민참여를 공적 의사결정 과정에 존재하는 불평등한 권력관계 때문에 발생하는 소외를 극복하려는 노력으로 규정했다. 한국 보건의료 영역에서 참여를 다룬 이 연구에서는 보건의료 전문가와 비전문가 사이, 그리고 보건행정관료와 일반인 사이에 불평등한 권력 위계가 존재하기에 스스로 결정하지 못하는 사람들이 자신의 권력을 회복하는 참여가 필요하다고 보았다(김용익, 1992). 이 때 참여는 권력

있는 자와 권력이 없는 자들 사이의 갈등과 권력의 재분배를 실현해내는 것이 되고, 주민들의 통제력 강화는 의료 전문가와 행정관료의 권력에 대항하여 권력을 획득하고자 하는 저항적 의미를 띤다.

대립적 권력관계와 저항적 참여를 가정하는 갈등적 권력관은 의사결정에 대한 영향력을 거의 행사하지 못하는 명목상의 참여를 실질적 참여와 구분하도록 해준다는 점에서 중요하다(Labonte 1997; Marent, Forster, and Nowak 2015). 실질적 의사결정에 대한 통제력을 행사하지 못하는 명목상 참여는 무력한 데에 그치지 않고 하향식 의사결정을 정당화하는 데에 기여하기에 오히려 위에서 아래로의 권력행사를 위한 통로가 될 수 있다. 외부 개입자들이 최소한의 자원을 투입하면서 당사자들의 자원을 동원하거나 명목상 참여를 통해 규범적인 사안에 대한 정당성을 확보하려고 할 때의 참여는 기존의 체제를 재생산하는 전략일 뿐이다. 공적 자원이나 의사결정에 대한 통제력은 권력강화적 참여를 판단하기 위한 중요한 증거이며 이를 둘러싼 갈등은 통제적 권력 획득의 증거다. 자신들의 필요를 인지하고 표현할 언어와 기회를 가지고 있지 못한 이들이 말하고 요구할 수 있는 힘을 획득하는 과정은 성공적일수록 기존의 권력관계에 균열과 갈등을 야기할 수밖에 없다.

그러나 건강 영역의 참여 과정에서 관찰되는 권력관계 변화는 갈등적 권력관이 제시하는 것처럼 명백하고 위계적이지 않다(Contandriopoulos 2004; Tritter and McCallum 2006). 예를 들어 정보불평등이 불가피한 의료영역에서 환자의 건강을 위해 최선의 결정을 내리는 대리인으로 의료전문가의 권력을 억압적이고 극복해야 할 대상으로만 볼 수는 없다. 환자들이 주체적으로 전문가의 온정적 간섭주의(paternalism)를 수용하는 가운데 치료에 대한 의사결정을 전문가와 논의한다면 이 때 참여를 저항으로 규정하기는 어렵다. 정보 제공과 자문 등 통제의 수준이 낮은 참여도 개인의 자기 통제를 위한 학습 과정으로 의미가 있다면 이들을 단순히 형식적 참여로 폄하할 이유도 없다(Simovska and Jensen 2009). Tritter(2006)는 이런 입장에서 보건의료 의



사결정에 대한 참여가 반드시 상호경합적이거나 갈등적일 필요 없이 서로 다른 행위자들이 각자의 경험을 융합하고 관계를 형성하면서 생성되는 기회가 되어야 한다고 주장한다. 그는 아른슈타인의 사다리가 전제하는 갈등적 권력관이나 참여에 대한 규범적 시각이 참여의 역동성과 복잡성을 이해하는데 걸림돌로 작동하고 있다고 본다(Tritter and McCallum 2006).

한층 추상적인 차원에서 권력을 강제하고 억압하는 힘으로 이해하는 갈등적 권력관은 모든 정치적 관계를 지배관계로 환원하는 경향이 있다. 권력에 대한 이런 정적인 이해는 권력을 지배의 도구로 단순화하고, 공식적인 갈등 상황에서 강제나 강압에 의해 행사되는 제도화된 권력만을 재분배해야 할 목표로 설정한다.

그러나 건강 영역에서 참여, 특히 지역사회 접근에서 변화시키고자 하는 권력은 고전적 권력관이 상정하는 지배하는 권력과는 다른 종류의 힘들을 포함하고 있다. 건강에 영향을 미치는 경제적, 사회적, 환경적 요인과 규범, 믿음, 습관을 변화시키는 것은 권력을 획득한 이들의 통제만으로 이루어지지 않는다. 행위자들의 적극적 동의, 적어도 순응이 이루어졌을 때 일상 생활과 삶의 방식에 대한 변화가 이루어질 수 있다. 이는 건강 영역에서 권력 강화적 참여를 설명하기 위해 가시적 위계나 갈등으로 드러나지 않는 권력의 작동에 대한 이해가 필요하다는 것을 의미한다.

더 나아가 참여가 ‘정당화의 기제’가 아닌 ‘권력강화의 과정’이자 모두의 건강을 위한정치화를 지향하기 위해서는 권력에 대한 고전적 관점을 넘어 권력강화의 가능성을 허용하는 권력에 대한 개념화가 필요하다(Campbell & Jovchelovitch, 2000; Gaventa & Cornwall, 2008; Scott et al., 2017). 아렌트는 고전적-베버적 권력관이 공적 영역과 정치적 가능성을 위축시킨다고 비판하며 권력을 “누군가가 어떤 것을 할 수 있도록 하는, 또는 할 수 있도록 능력을 부여하는 힘, 잠재력, 능력, 수단”으로 정의해야 한다고 말한다(Arendt, 2000; 박혁, 2014에서 재인용). 여성의 권력강화를 고민했던 페미니스트 권력 이론가들도 권력을 지배와 통제의 일방적 도구로 이해해서는 안

된다고 보았다. 대표적으로 Young(1990)은 권력의 분배적 모델(distributive model of power)을 비판하며 권력이 소유되고 분배되는 것이 아니라 분산되고 산재한 힘이라고 설명한다. 권력은 유동적인 관계이자 상호작용을 통해 행사되는 힘이다(Young, 1990: 31-34). 이런 종류의 권력은 사람들이 말하고 행동하며 참여하는 일상적 관계와 긴밀히 연관이 있고, 인간의 집합적 행동과 분리 불가능하다(Arendth, 1958).

고전적 관점에서 권력이 근본적으로 억압적이고 부정적인 의미를 함축한다면 페미니스트 관점에서 ‘권력강화’를 논의할 때에 권력은 주체들이 각자의 영향력을 행사할 기회를 얻는 가능성의 공간(space of possibilities)에서 작동하는 생성적 힘을 의미한다. 가능성과 대안을 위한 권력은 미리 결정되어 있는 구조가 아니라 다양한 맥락과 주어지는 공간의 문법에 따라 행사되는 우발적이고 우연한 힘이다.

참여적 건강개입에서 작동하는 권력들을 이해하기 위해서는 권력의 다면적 속성을 개념화하는 것이 유용하다. 관련해서 지역사회 개발과 참여에 적용하기 위한 실용적 틀로 ‘권력큐브분석(power cube analysis)’을 개발한 가벤타(Gaventa)는 박탈된 이들(the powerless)의 생각과 행동을 강제하는 통제적 권력을 극복하기 위해 주목해야 하는 권력관계를 제시했다. 그에 따르면 참여적 지역사회 개입은 통제하고 지배하는 갈등적 권력 관계(power over relation) 외에 추가로 세 가지 권력관계에 주목해야 한다. 첫째, 타인들과 협력하고 파트너십을 형성하는 데에서 창출되는 협력적 권력 관계(power with relation)이다. 이는 공동의 관계와 목표 속에서 발생하는 합의적 권력(consensual power)과 느슨하게 겹친다. 합의적 권력은 권력이 공적 공간에서 함께 행위하는 인간의 능력에서 기인하며, 권력이 산출될 수 있는 공동성의 기반이 없다면 권력은 불가능하기에 모든 권력이 최소한의 합의를 전제로 한다는 아렌트의 권력론에서 도출된 개념이다(Arendt 1956; Allen 2002). 합의적 권력은 반드시 평등하지 않은 관계에 있는 행위자들이 합의를 이루었을 때 어떤 지식/규범이 힘을 가지게 되는 상황을 설명하기 용이

하다. 서로를 지배하거나 강제하는 관계는 아니지만 특정한 방식으로 영향력을 행사하는 ‘권위’ 개념은 이런 맥락에서 설명할 수 있다. 아렌트가 지식으로 인한 권위에 의한 권력의 예로 의사-환자 관계를 예시하듯 의학과 보건학의 많은 개입들은 어떤 지식이 규범적 지위를 획득하고 이에 대한 합의적 권력이 작동하기를 기대한다. 강제나 강압 대신 보상, 정당성, 전문성, 정보가 사람들의 행동을 변화시킬 수 있기를 기대한다. 이렇게 보았을 때 참여적 건강 개입은 사람들이 자신이 속한 지역의 건강 문제를 의식하고 이를 해결하기 위한 합의 위에서 함께 협력함으로써 현재를 변화시킬 수 있는 힘을 획득하기를 기대한다.

둘째, 사회 구성원으로서 자신의 권리와 자격을 인식하고 의사를 표현하며 자신의 주체성을 행사하는 실현적 권력관계(power to relation)이다. 사람들은 자신이 의지하는 바를 실현하기 위해서는 인식하고 말하고 실천하기 위한 역량이 필요하며, 보다 근본적으로 자신의 위치와 권리, 제도, 사회 등에 대한 지식을 필요로 한다(Berger 2005). 집합적 수준에서 실현적 권력은 주민들이 지역의 문제를 인식하고, 가용한 자원을 파악하여 실천하는 집합적 행동을 통해 ‘무엇이 가능한지’를 인식하는 능력에서 기인하는 힘이다. 따라서 이는 현재 상황에 대한 비판적 인식 및 의식화를 필요로 한다(Gaventa and Cornwall 2008).

마지막으로 모든 행동의 전제 조건이 되는 개인의 내면적 정체성과 자존감을 의미하는 내면적 권력(power from within)이다. 이는 자기 자신과의 관계에서 도출되는 힘이라는 측면에서 가장 근본적인 차원에 있는 힘이다. 내면적 권력은 스스로의 가치와 가능성에 대한 존중과 자기 수용, 자신의 실천에 대한 효능감과 관련이 있다(Gaventa, 2006).

### 3) 권력강화적 참여의 지표

참여적 건강개입을 정치적 세력화와 건강의 사회적 결정요인에 대한 시민

적 통제를 지향하는 정치적 과정으로 이해하고, 설명하기 위해서는 참여의 과정을 권력강화의 관점에서 바라볼 필요가 있다. 여기에서는 권력강화적 참여를 파악할 수 있는 조건 또는 지표를 제시하는 기존의 논의들을 살펴본다.

먼저 거시적 관점에서 제도화된 참여가 사회적 권력 강화로 나아가기 위한 조건들이 존재한다. 탈중앙화와 거버넌스는 참여적 제도와 권력강화로 이어질 수 있는 것만큼이나 불만을 통제하는 장치로 활용될 수 있다. 이에 Cornwall과 Coelho(2007)는 보다 포용적인 방식으로 사회를 변화시키고자 한다면 참여적 제도가 다섯 가지 조건을 갖춰야 한다고 말한다. 첫째, 참여자들은 단지 초대를 받아 참여해서는 안된다. 사람들은 스스로를 소비자, 고객이기 보다는 시민으로 여기고 참여의 장에 참여해야 한다(civic identity). 둘째, 지역 내에서 주민 대표들의 요구와 활동에 대한 비판적 감시가 이루어지고, 대표를 선출하기 위한 기전이 존재해야 한다. 셋째, 참여를 유도하는 구조가 확인되는 것으로는 부족하다. 실질적 참여와 권력강화가 이루어질 때 정부 관료와 정치인을 포함해 참여의 공간을 형성하는 데에 기여하는 여러 참여자들은 각자의 지향과 목적을 위해 끊임없이 경쟁하고 협상을 벌이게 된다. 이는 참여의 공간에서 시민적 통제가 강화하면서 기존의 의사결정 방식을 고수하고자 하는 이들과 시민들 사이에 갈등과 이를 해결하기 위한 협상이 지속될 것임을 의미한다. 넷째, 참여를 통한 변화의 자원으로 세 가지 요소가 필요하다. 여기에는 다양한 시민적 결사체와 민중 운동, 시민적 권력 강화를 위해 헌신하는 관료, 포용적인 제도 설계가 포함된다. 다섯째, 참여는 장기간에 걸쳐 진행되는 과정으로 다른 정치적 제도나 사회적, 문화적, 역사적 맥락 속에서 논의되고 배치되어야 한다(Cornwall and Coelho 2007).

보다 구체적으로 건강을 위한 지역사회 참여에서 권력강화를 살펴보기 위한 지표로 Rifkin(1988)이 내재적 목적의 참여가 진행되는 과정을 평가하기 위해 제시한 다섯 가지 차원을 활용할 수 있다. Rifkin은 포괄적 일차보건의

료를 실천하기 위한 지역사회 참여의 과정 지표로 ① 지역사회 필요 사정 (need assessment), ② 리더십, ③ 조직, ④ 자원 동원, ⑤ 관리/오너십을 각각의 차원으로 놓고 다섯 가지 차원에 각각 1점부터 5점까지 점수를 부여해서 지역사회 참여 수준을 평가해 방사형 틀(spidergram)으로 도식한다(S. B. Rifkin, Muller, and Bichmann 1988; S. B. Rifkin 1990).

지역사회 필요사정은 지역사회의 건강 문제를 누구의 관점에서 파악했는지에 대한 것이다. 이 차원에서 외부 전문가가 의학적 관점에서 일방적으로 문제를 파악하고 통보하는 것이 가장 낮은 수준의 참여라면 외부 개입자들이 의학적 관점에서 ‘교육’을 실시하고 그 과정에서 지역사회의 필요를 고려하는 것은 그 다음 단계다. 주민 대표 일부가 지역사회의 관점을 대표하고 필요를 확인하는 단계, 지역 내 건강위원회 등 조직화된 주민들이 건강 문제를 설정하는 데에 개입하는 단계, 마지막으로 일반 주민들이 차별없이 필요 사정에 참여하고 문제를 제기할 수 있도록 충분한 기회를 제공받는 것이 가장 높은 단계의 참여라고 볼 수 있다.

리더십은 누가 주민들을 대표하는지에 대한 것이다. 가장 낮은 수준의 리더십은 참여적 개입이 이루어지기 전에 이미 지역을 대표하여 역할을 하던 이들이 사업에서 주민대표를 맡는 상황이다. 지역 내 유지나 보건의료인력으로 대표단이 구성되고, 리더들이 이질적인 지역사회의 구성원들을 대표하기 보다는 소수의 의견을 반영하고, 개입을 위한 리더로서 정체성을 가지고 있지 않다. 다음 단계는 리더들이 건강 개입의 대표로 구별되는 정체성을 가지게 되는 단계다. 여전히 동질적이고 권위적인 리더십 구조를 가지고 있지만 다른 주민들의 의견을 수렴하고 각자 책무를 지닌 주민들을 대표해서 의견을 제시하게 된다. 이후 단계에서는 리더십의 구성에 변화가 일어난다. 기존의 역할이 아니라 사업과 관련해서 주민들의 건강을 위해 실질적으로 활동하는 사람들이 지역의 대표를 맡고, 지역에 존재하는 기존의 지배구조와 상이한 리더십이 형성된다. 가장 높은 단계의 리더십은 주민 대표들이 기존의 지역 내 지배구조와 독립적으로 활동하면서 지역 주민들의 이해관계

를 충실히 대변하고, 리더들의 활동에 대한 일반 주민들의 비판적 통제가 이루어지며, 취약집단을 포함해 배제되기 쉬운 이들을 위한 대표가 포함되는 상황을 지칭한다.

조직은 외부 개입자들에 의해 만들어진 조직을 가장 낮은 수준으로, 지역 사회에서 자생적으로 활동하는 조직을 가장 높은 수준의 조직이라고 본다. 구체적으로는 사업을 진행하기 위해 명목상 조직이 꾸려지고 실질적인 활동이 없는 상황이 가장 낮은 단계라면 이후 단계는 외부 사업을 위해 만들어 지기는 했으나 조직이 유의미한 활동을 할 수 있는 단계다. 이후 적극적으로 조직 내 상호작용이 이루어지고 조직 구조를 갖추는 단계, 외부 개입에 의해 만들어진 조직뿐만 아니라 주민들의 필요에 따라 새로운 조직이 만들어지고 지역 내 다른 조직들과 상호작용하는 단계, 그리고 사업과 무관하게 상시적인 주민 조직으로 인정받고 자리잡는 단계를 염두에 둘 수 있다.

자원 동원은 비교적 명확하다. 낮은 단계의 자원동원은 지역사회로부터 동원되는 자원이 거의 없고, 외부에서 주어지는 자원에 대한 통제도 낮은 상황을 의미한다. 이후 점차 지역사회 내에서 동원할 수 있는 자원이 많아지고, 지역사회와 개입 주체 뿐만 아니라 다른 영역(정부, 시민사회, 민간 등)에서 자원을 동원하고 이를 직접 활용할 수 있는 단계로 나아갈 수 있다.

마지막으로 건강 개입과 관련된 관리를 누가 하는지, 또는 사업에 대한 오너십이 누구에게 있는지에 대한 것이다. 참여의 단계가 낮은 경우 전문가와 관료가 사업을 관리하고 의사결정을 내리지만 이후 참여가 심화됨에 따라 지역사회가 직접 사업에 대한 오너십을 가지고 중요한 의사결정을 통제하게 된다.

Rifkin이 제시한 참여의 다섯가지 영역은 참여의 형태에 따라 수정가능한 유연한 차원으로, 반드시 이 다섯가지 차원을 고정적인 참여 지표로 사용해야 하는 것은 아니다. 일례로 Rifkin이 참여한 또 다른 연구에서는 참여의 영역을 구분하고 이에 대한 점수를 부과하는 기존의 방식을 따르면서도 참여의 지표로 리더십, 계획과 관리, 여성 참여, 재정과 프로그램 설계 측면에

서 외부의 지원, 모니터링과 평가의 다섯 영역을 고려했다(Draper, Hewitt, and Rifkin 2010).

지역사회 조직을 중심으로 임파워먼트 지표를 제시한 Laverack(2006)의 틀도 참고할만하다. 그는 체계적 문헌 고찰을 통해 지역사회 임파워먼트가 건강 결과를 향상하는 경로에서 주목해야 할 차원으로 참여의 수준과 범위, 지역사회 기반 조직, 리더십, 자원 동원, 비판적 질문(asking 'why'), 문제 사정(problem assessment), 사람 및 조직과의 연결, 외부 주체의 역할과 프로그램 관리에 주목했다. 이 중 비판적 질문과 외부 주체의 역할은 Rifkin이 제시한 참여의 차원에 포괄되지 않는 영역이다.

먼저 비판적 질문은 지역사회가 자신들의 불건강과 무력감의 원인이 무엇인지에 대해 비판적으로 접근할 수 있는 능력에 대한 것이다. '왜'에 대한 질문을 한다는 것은 당연한 것으로 되어 있는 현실과 제약을 검토하고 지금과는 다른 방식의 삶을 생각하는 것이다. 이는 토론과 성찰, 실천으로 이어지는 일련의 과정을 필요로 하며, 사회 변화와 교육학의 영역에서 '비판적 자각(critical awareness)' 또는 '비판적 사고(critical thinking)'이라고 부르는 활동이 존재하는지 묻는다(Laverack 2006). 자각은 무지한 상태의 주민들에게 일방적으로 지식을 전달하는 것이 아니다. 프레이리의 페다고지의 언어를 빌리면 비판적 질문은 주민들은 시민으로서 자신의 권리와 자기 결정권을 인지한 상태에서 지역의 '문제'에 대해 성찰함으로써 사람들이 '의식화(conscientization)'되었는지에 대한 것이다. 이 때 의식화는 몇 단계의 과정을 필요로 한다. '자동적 사고(transitive thought)' 단계는 사람들이 자신의 삶이나 웰빙에 대한 통제가 자신의 손 밖에 있고, 자신들의 경험은 운명에 의해 결정된다고 믿는 상황을 지칭한다. 사람들은 자신들의 행동을 통해 삶의 조건을 바꿀 수 있으리라고 생각하지 않는다. 이렇게 생각했을 때 빈곤과 불행, 불건강은 그저 주어지는 것이다. '반-변혁적 사고(semi-transitive thought)'는 의식화를 위한 다음 단계다. 이 단계에서 사람들은 스스로 변화의 주체가 될 수 있고, 일정 부분 사회적 변화를 일으키기 위해 노력한다.

그러나 여전히 자신들의 상황에 대한 이해는 본질적이다. 이는 해결하고자 하는 문제들을 더 넓은 사회적 결정요인과 연결하지 못하고 있기 때문이다. 의식화의 마지막 단계는 ‘비판적 변혁(critical transitivity)’ 단계다. 이 단계에 들어서게 되면 지역사회에서는 비판적 사고와 비판적 행동 사이의 역동적 관계가 관찰된다. 사람들은 자신들이 처한 조건에 대해 비판적이고 총체적으로 생각하고, 자신의 행동을 통해 삶의 조건을 바꿀 수 있다고 생각하게 된다(프레이리 2013; Campbell and Jovchelovitch 2000; Sadan 2004).

외부 주체의 역할은 참여적 건강 개입이 아니라 참여를 기획하는 외부 주체의 입장을 판단하기 위한 차원이다. 당사자들의 통제력을 강화하려는 기획은 종종 외부 전문가, 활동가들의 계획에 의해 시작된다. 적어도 초기에는 주민들의 참여나 권력강화에 대해 외부 개입자들이 당사자들보다 더 적극적으로 나서 이를 촉진하기 위해 노력하는 경우가 많다. 일반 주민들에 비해 사업과 관련된 지식, 권력, 가용 자원이 더 많은 활동가 또는 연구자는 상대적으로 힘이 없는 위치에 있는 사람들이 통제력을 가질 수 있도록 노력하며, 이는 권력 강화 그 자체로 목적으로 할 수도 있고, 참여의 수단적 가치를 추구하는 것일 수도 있다. 외부 개입자들이 참여를 촉진하는 경우 지역사회 주민들이 건강 개입 계획, 집행, 관리, 평가, 재정적 관리, 행정, 보고에 이르는 일련의 단계 중 어떤 부분에 얼마나 참여하고 오너십을 가지게 될 것인지에 대한 초기 결정은 외부의 개입자의 판단에 크게 의존하게 된다.



## 6. 한국의 참여적 건강 개입

한국의 보건사업은 오랫동안 민간이 해결하지 못하는 의료수요를 충족하는 잔여적 역할을 담당해왔다. 1995년 국민건강증진법 제정으로 건강증진의 패러다임을 도입하기 위한 제도적 기반이 마련되었지만 개인에 대한 생의학적 접근을 벗어나는 데에는 오랜 시간이 필요했다(허순임 2016).

2000년대 이후 건강증진에 대한 새로운 패러다임이 확산되고, 건강의 사회적 결정요인에 대한 더 넓은 관점이 제시되었다. 이와 함께 지역사회기반 주민참여형 건강 개입에 대한 논의가 전개되었다. 지역 간 건강불평등에 대한 근거가 축적되고 건강불평등을 해소하기 위한 정책이 필요하다는 지식이 확산됐다. 지방정부차원에서 건강취약지역의 건강 수준을 끌어올렸던 해외 사례들은 개입의 중요한 참조점이었다.

한국에서 명시적으로 건강불평등 해소를 위한 지역사회기반 건강개입을 처음 도입한 것은 부산 해운대구 반송지역의 건강 마을 만들기 사업이다. 이후 다른 지역에서도 각기 조금씩 다른 이름으로 주민참여형 건강 개입이 진행되었다. 이들은 모두 주민참여와 지역의 사회적 네트워크 강화, 주민들의 권력강화를 통해 기존의 기관 중심, 하향식 보건사업과 다른 보건개입모델을 개발하고 이를 통해 지역 간 건강불평등을 완화하는 것을 목적으로 삼았다. 이런 맥락에서 진행된 사업들을 다음과 같이 정리할 수 있다(표2).

표 2. 주민참여형 건강증진사업 현황

지역	사업명	사업기간	특성
부산	반송 건강마을 만들기	2008~	해운대 반송지구 1개 지역 생활터 중심 건강불평등 개입 시범모델
	건강한 마을 만들기	2010~	마을별로 예산 3,000만원 2017년 사업비 1,868 백만원 (시비 50%, 구비 50%)

			2018년까지 15개소로 확대(목표 50개소)
경상 남도	건강플러스 행복플러스	2010~2017 (6년 사업)	40개 읍면동 지역, 2010년 17개 지역, 2011년 12개 지역, 2012년 11개 지역 시작. 1차 연도 예산 40 백만원, 2~6차 연도 예산 20 백만원, 1개 사업지별 예산 총 140 백만원, 40개 지역 총 예산 5,600 백만원 (시군비 50%, 도비 50%)
보건 복지 부	참여형 건 강증진모형 개발 시범 사업	2012~2014	전국 16개 보건소에서 실시 보건소의 시범사업으로 3년 실행 후 2015년 각 보건소에서 지속사업으로 유 지 여부 결정
강원 도	건강플러스 마을만들기	2013~	2013년 2개 읍면동 지역으로 시작, 2017년까지 19개 지역으로 확대, 2016년 통합건강증진사업지원단 예산에 서 마을 당 420만원(17개 마을 총 7,140만원)
경상 북도	건강새마을 조성사업	2014~2023 (3년 →10년)	20개 읍면동 지역으로 시작, 2017년 27 개 지역으로 확대. 5년간 예산 5,200 백만원 (도비 30%, 시군비 70%)
서울	건강친화마 을만들기 시범사업	2012~201 4	2개 동 지역에서 시행 지역별 연 예산 3,000 백만원 복지건강공동체 사업으로 명칭 변경 및 사업주체 보건소에서 복지관으로 변경
	소생활권 건강생태계 기반조성	2015~	소생활권별 건강네트워크 운영을 위해 민간파트너 선정(2017년 6개구 89개 단 체),

	지원사업		주민건강위원회 구성과 주민 리더 양성 2015년 4개구에서 시작, 2017년 6개구 7개소로 확대 2017년 예산 464 백만원(시비 100%)
--	------	--	---

## 1) 보건복지부 참여형 건강증진모형개발 시범사업

2012년부터 3년 간 보건복지부는 전국 16개 보건소에서 ‘참여형 건강증진모형 개발 시범사업’을 실시했다. 이 사업은 지역사회 특성에 맞는 건강증진과 만성질환 예방을 담당할 수 있는 효과적인 보건소의 역할을 확립하기 위해 참여를 전략으로 삼는다. 한국건강증진개발원에서 발행한 사업안내서는 이 사업이 ‘지역사회 구성원이 주체가 되어 능동적으로 보건사업의 기획, 수행, 평가, 환류 전 과정에 참여하여 지역사회의 포괄적 변화를 주도하는 사업’으로 ‘보건소는 서비스제공자의 위치에서 지역사회 참여를 촉진하는 조정자 역할을 담당’해야 한다고 설명한다(한국건강증진개발원, 2014: 15).

사업은 참여형 건강증진모형 개발을 위해 CBPR 모델을 활용했다. 사업계획서는 CBPR 모델을 소개하며 지역사회 참여 과정을 ① 지역사회와 동화, ② 건강 문제 파악, ③ 보건문제 우선순위 결정, ④ 우선순위 보건문제에 대한 해결전략 수립, ⑤ 전략 실행, ⑥ 전환과 환류까지 여섯 단계로 제시한다.

시범사업에서는 생활터를 중심으로 다양한 주민참여형 건강증진활동이 이루어졌다. 마을 특성<sup>③</sup>에 따라 건강 동아리들이 조직되고 지역 내 건강 네트워크가 형성되었다. 아파트<sup>④</sup> 자치조직을 중심으로 건강친화적 환경을 조성한 사례(건강 프로그램 운영, 텃밭 가꾸기, 운동기구 설치 등)나 초등학교

<sup>③</sup> 도시형-서울 구로구, 부산 해운대; 농촌형-경기도 여주시, 충북 영동군, 경북 영천시

<sup>④</sup> 경기 안산 단원구, 울산 동구, 제주도 제주시

⑤(바른자세 교육, 식사일기 쓰기, 영양교육, 체조, 정신건강교육 등), 대학교  
⑥(건강위원회 구성, 절주 사업)를 중심으로 사업을 진행한 지역들도 있었다  
(한국건강증진개발원 2014).

서울시 구로구 보건소의 잣절마을 사업은 도시 지역에서 주민들이 중심이 되어 건강증진활동을 실천한 대표 사례로 보건복지부의 참여형 건강증진모형개발 시범사업에서 우수 사례로 선정되었다. 잣절마을은 약 16,000명의 인구가 거주하는 서울 구로구 개봉1동 일대 지역을 지칭한다. 구로구 보건소는 사업 1년차에 5개 지역단체(새마을부녀회, 적십자봉사회, 자율방범대, 자원봉사협력단, 여성행복포럼)를 중심으로 잣절마을 건강네트워크를 구성하고 이를 중심으로 하는 활동을 지원했다. 보건소의 지원 하에 지역 주민 중 건강지도자가 양성되었다. 주민지도자들은 지역의 건강 문제를 파악하기 위한 다양한 활동에 참여하면서 차츰 민주적 의사결정방식(토론, 워크숍, 회의를 통한 합의 등)에 익숙해졌다. 소수에 의해 조직이 일방적으로 운영되지 않고 다양한 주민들의 의견을 반영할 수 있도록 토론문화를 활성화하고 건강지도자들이 활동할 수 있는 지역 거점을 마련했다. 차츰 잣절마을에서는 지역 단체 회원들로 제한해 운영하던 주민 조직을 관심있는 지역 주민 모두에게 개방하고, 주민들이 직접 지역의 건강 문제를 개선하기 위한 활동들을 계획, 실행할 수 있었다(구로구보건소 2013). 잣절마을에서는 기존 시민단체 학교, 사회적 기업, 장애인 복지관, 병원 등 지역 자원을 연계하고, 활동을 확장해 나갔다. 주민들은 차츰 건강마을 공동체를 중심으로 지역사회 네트워크를 구축하고 주민자치위원회로부터 지원을 받게 되었으며 “건강나눔지원센터”를 활동 거점으로 삼게 되었다.

잣절마을 건강증진사업 과정 전반에 높은 관심을 가지고 이를 지원했던 구로구 보건소장은 잣절마을 건강네트워크 주민들의 활동이 2014년 제6기

---

⑤ 광주 광산, 전남 장흥, 전북 전주

⑥ 경남 김해

지역보건의료계획을 만드는 과정에 참여한 계기로 질적 변화를 겪었던 것 같다고 설명한다. 건강네트워크로 조직화된 주민들은 보건소와 함께 구로구의 건강 수준에 대한 분석 자료를 살펴볼 수 있는 기회를 얻었다. 보건소는 주민들이 제시한 의견에 비추어 보건소의 목표와 비전을 검토하고, 문제해결계획에 주민들이 참여할 수 있도록 이를 지원했다. 보건소장은 이런 과정을 겪으면서 주민과 보건소 직원 모두가 참여적 건강증진사업에 대한 이해를 향상할 수 있었다고 판단했다(2016년, 연구자와 개인적 의사소통). 구로구는 보건복지부의 시범사업 종료 후 2015년부터 사업을 보건소 자체사업으로 전환하여 진행하고 있다(황택근 2016).

참여형 건강증진모형 개발 시범사업은 기존 보건소 사업들과 비교해 주민 참여수준을 향상했으나 여러 면에서 한계가 있었다는 평가를 받는다. 주민 참여는 문제 발견과 해결을 위한 개입 기획보다 건강증진프로그램 집행 과정에 집중되었기에 전반적으로 참여자들의 의견이 반영될 수 있는 영역은 넓지 않았다. 사업 기획과 평가가 보건소에 의해 이루어지고, 지역사회 건강 문제의 해결방법이 개인행태 개선으로 귀결되는 경우가 많았다. 시범사업은 지역사회 조직 간 연계와 협력을 강화하는 데에는 기여했지만 이는 대체로 제한적인 성과에 그치는 것이었다(정백근 2016).

## 2) 반송 건강마을 만들기와 부산시 건강마을사업

부산에서는 2007~2009년 사이 해운대구 반송지역에서 건강불평등 해결을 위한 ‘건강한 반송 만들기 시범사업’이 실시되었다. 반송의 주민들은 보건복지부의 시범사업 기간이 끝난 후 3년 동안 건강마을사업을 지속하기 위해 사회복지공동모금회의 사회복지사업을 통해 사업을 지속해나갔다. 이후 부산은 반송 사례를 모델로 부산의 건강취약지역들로 건강마을사업을 확산했다. 부산시는 2006년 WHO의 건강도시연맹에 가입하면서 건강도시 정책을 계획하였는데(대한민국건강도시협의회, 2017), 건강마을사업은 그 내용

중 일부인 생활터중심 접근 전략으로 의제화, 정책화되었다.

2010년 반송을 포함해 총 10개 지역에서 부산시 건강마을사업이 시작되었다. 사업은 2011년 2개 마을과 1개 재래시장(동구 수정시장), 2012년과 2013년에 각각 2개 마을, 2014~2016년에 각각 1개 마을로 확산되었다. 2010년 3년을 계획했던 사업은 2012년 평가를 통해 계속사업으로 전환되었다.

부산 건강마을사업은 사업 초기부터 보건소와 사회복지관을 중심으로 지역 기관들과 주민들이 지역 내 네트워크를 형성해 협력적으로 건강 문제를 개선하는 과정을 강조했다. 해당 지역을 잘 아는 주민을 선정해 건강코디네이터로 고용하고 주민 조직화에 핵심 역할을 담당했다. 건강마을사업은 주민자치위원회 등 기존의 지역 단체들과 함께 건강주민협의체를 조직하고 여러 민간 조직과 적극적으로 연계하며 다부문협력을 할 수 있도록 노력했다. 보건소와 지역의 복지관이 협력 해 건강취약계층에게 지역자원을 연계하고, 일반 주민들이 보다 취약한 주민들을 돌볼 수 있도록 상호부조와 배려를 촉진한다.

가장 오랜 기간 사업을 지속한 반송의 경우 2007년부터 2009년 사이 보건복지부의 ‘건강불평등 해결을 위한 건강증진사업 개발’ 연구로부터 지원을 받고 2010년부터 3년 간은 민간기금인 사회복지공동모금회 공모사업을 통해 예산을 확보했다. 이후 부산시의 건강마을사업 지원을 받을 수 있었고, 2016년에는 반송2동 행정복지센터 내 마을건강센터를 설치해 활동 거점을 마련했다. 전체 과정에서 건강마을사업을 실시하기 이전부터 활발하게 활동해왔던 지역 단체인 ‘희망 세상’은 중요한 지역 자원이었으며, 건강한 반송 만들기 사업에 많은 기여를 했다.<sup>⑦</sup>

2010년부터 확장되어온 부산의 건강마을사업은 부산시의 건강불평등을

---

<sup>⑦</sup> 단체는 1988년 ‘반송을 사랑하는 사람들’로 창립되어 마을신문 ‘반송사람들’을 2005년 ‘희망 세상’으로 단체명을 변경했다. 07년부터 ‘느티나무 도서관’을 개관하여 운영 중이다. (<https://bit.ly/2Qo6wmr>)

완화하기 위한 대안으로 의제화되었고, 2014년 부산시 민선 6기 시장 선거 공약에 지역기반 건강사업인 건강마을센터를 구상하는 계기가 되었다<sup>⑧</sup>. 공개된 시장공약에 따르면 2018년까지 순차적으로 부산에 보건취약지역에 건강마을센터 50개소<sup>⑨</sup> 설치하는 것이 목표였다(부산광역시 2015). 이에 따라 건강마을센터는 건강마을사업을 통해 참여의 경험을 축적한 주민들이 조직화되어 있는 지역에 우선적으로 설치되었다. 센터는 동 주민센터같은 마을의 거점시설이나 복지사업이나 도시재생사업과 공동으로 활용할 수 있는 공간을 활용하게 되었다. 건강마을센터는 동 단위 보건기능을 강화하고 주민 밀착형 건강관리체계를 구축하는 것을 목표로 하면서 기존의 마을건강사업과 융합을 지향한다. 각 센터는 사업담당자 1인, 계약직 간호사 1인, 주민활동가(건강 코디네이터) 1인이 기본인력으로 고용한다(윤태호 2017). 건강마을센터는 사업 10년차를 향해 가고 있는 부산 건강마을사업에서 촉발된 주민참여가 지속, 확장할 수 있도록 지원하는 물질적, 제도적 기반으로 의미가 있으나 동시에 건강마을사업에 대한 보건소의 영향과 운영방식의 영향력이 강해지는 상황을 감수해야 하는 것이기도 하다.

2018년 민선 7기 지방선거 이후 부산시는 ‘부산형 커뮤니티 케어’를 공약으로 마을건강센터의 양적 확대를 약속했다. 제7기 지역보건의료계획에 따르면 부산시는 동 단위에서 공공보건서비스 접근성을 강화하기 위해 2022년까지 현재 50개 읍면동에 설치되어 있는 마을건강센터를 전체 지역(206개소)로 확장하고 이를 체계적으로 지원하기 위한 시민건강재단을 설립할 계획을 가지고 있다(부산광역시, 2019).

이런 일련의 과정은 시민사회 행위자들의 촉진과 실험적 마을건강사업이 실용적인 지식과 대안을 생산한 가운데 공공보건의료서비스 확충에 대한 부

---

⑧ 대분류: 문화복지도시 공약, 중분류: 촘촘한 복지(사각지대 해소), 소분류: 보건-복지-의료 일체형 통합서비스 확대에 포함

⑨ 2017년 말 기준 16구 33개소가 설치되었으며 표준화사망비가 평균(100)보다 높은 건강취약지역(120 이상)에 설치된 마을건강센터는 19개소이다.

산시의 관심과 정치적 의지가 높아지고, 건강마을사업의 성과가 건강 격차를 줄이기 위한 대안으로 주목을 받게 된 상황으로 해석된다. 앞으로도 주민들이 중심이 될 수 있도록 노력해온 부산의 마을건강사업이 양적 팽창과 제도화 과정을 거치면서 어떤 변화를 겪게 될 지에 대한 주목이 필요하다(부산일보, 2018).

### 3) 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업

경상남도는 2005년부터 2007년까지 3년 연속으로 전국 16개 시도 중 표준화 사망률이 가장 높았다. 이에 경상남도는 반송의 건강마을사업과 영국의 헬스 액션 존(Health Action Zone)사업을 모델 삼아 지역 내 건강취약지역들을 중심으로 지역사회기반 건강불평등완화 사업인 ‘건강 플러스 행복플러스 사업’을 추진하게 되었다. 사업은 2004년부터 2007년까지 지속해서 표준화사망비가 1을 초과한 40개 읍면동에서 6년 동안 실행되었다. 이 중 17 지역은 2010년, 12개 지역은 2011년, 11개 지역은 2012년에 사업을 시작했다.

사업은 첫째, 지역 간 건강불평등을 완화하고, 둘째, 사업대상지역 주민들의 웰빙을 향상하며, 셋째, 건강불평등 문제를 경상남도 보건정책의 주요 의제로 만드는 것을 목표로 했다. 이를 위해 사업은 세 가지 원칙을 제시했다. 이는 첫째, 지역사회 역량강화에 기반한 지역사회 참여이다. 동원되는 하향식 참여가 아니라 권한강화적 접근의 참여가 사업에 핵심적 요소다. 둘째, 파트너십 구축이다. 지역사회 내에서 건강의 사회적 결정요인을 개선하기 위해서는 다양한 행위자들 간의 파트너십 구축이 필요하다. 셋째, 자원의 집중이다. 건강취약지역인 사업대상지역에는 다른 지역보다 더 많은 건강을 위한 자원이 투입되었다(정백근 외 2012).

지역주민들로 구성된 건강위원회를 구성하기에 앞서 각 지역에서는 주로 읍·면·동 이·반장 등으로 이루어진 사업추진위원회가 결성되었다. 사업준비



단계인 첫 해에는 이들을 중심으로 사업을 진행하고, 실질적으로 활동이 가능하고 지역사회를 대표할 수 있는 사람들로 건강위원회가 구성되고 나면 사업추진위원회를 해체하고 일부 위원이 건강위원회 위원으로 참여하는 방식이었다. 건강위원회 위원들은 지역의 건강 문제를 규명하고 목표를 설정해 전략을 개발해 실행하고 평가하는 일련의 과정에 참여했다. 보건소 담당자 및 읍면동 담당자가 건강위원회의 활동을 보조, 지원하고 지역 주민으로 사업과 관련된 실무를 담당하는 건강 코디네이터를 채용했다. 담당자와 건강 코디네이터는 체계적인 교육훈련을 받았다. 핵심인력 전원이 7주의 기본 교육(주 1회)을 받고, 사업 코디네이터는 추가로 6주 심화교육(주 1회)을 수료했다(정백근 외. 2012; 정백근 외. 2014).

사업 지역에서는 사업시작 시점과 평가 시점에 지역사회 조사를 실시했다. 청장년층(20~64세), 노인(65세 이상), 공무원 및 지역 유지 집단, 기초생활보장수급자 집단에 대한 초점집단 인터뷰와 가구방문면접조사를 진행했다. 면접은 지역 별로 220가구를 표본추출해 건강행태, 정신건강, 안전의식, 질병 이환, 의료이용, 사고와 중독, 활동제한, 삶의 질, 사회적 자본, 지역사회에 대한 평가 등을 수집했다. 조사는 지역의 건강 현황을 파악하고 사업이 진행된 이후 비교를 통해 사업의 효과를 파악하기 위한 것이었다.

경상북도 사업 지역 중 진주 사봉면 지역의 사업의 효과를 평가한 연구에 따르면 2008년과 2011년 사이 사봉면에서는 흡연율과 걷기실천율이 증가하고, 남성의 고위험음주율, 스트레스 인지율, 우울감 경험률, 자살생각이 모두 감소했다. 일반적 신뢰와 호혜 등 사회적 자본의 축적도 확인됐다(정백근 외. 2014).

17개 사업 지역 중 연구자들이 판단하기에 건강위원회가 의미있는 활동을 펼친 6개 지역에서 2010년과 2014년 사이의 변화를 추적한 연구의 결과는 사봉면과 조금 달랐다. 남자 흡연율과 걷기 실천율 개선은 나타나지 않았고, 암 검진율과 건강검진율이 향상되었다(김장락 외. 2014).

건강위원들을 대상으로 한 조사에서는 2012년과 2015년 사이 긍정적인

변화가 확인되었다. 건강 위원으로 3년간 활동을 한 집단에서 흡연과 음주를 제외한 건강행태(운동 실천, 건강한 식생활, 건강 검진, 암 검진)가 개선되었다. 건강위원들의 사회적 참여, 일반적 신뢰 수준, 지역사회 문제인식, 임파워먼트 수준도 향상되었다(김장락 외. 2017).

표 3. 건강플러스 행복플러스 사업 평가에서 활용된 임파워먼트 지표

차원	질문 문항
개인수준	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 나의 인생에 중요한 결정(예: 자녀 결혼, 이사 등)은 내가 한다.</li> <li>• 위 문항에서 대답하신 귀하가 결정하는 정도에 대해 만족하십니까?</li> </ul>
지역사회 수준	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 우리 지역사회 공동체는 내 인생의 결정(예: 자녀 결혼, 이사 등)에 영향을 많이 미친다.</li> <li>• 나는 우리 지역사회의 결정(예: 마을행사, 문제 해결 등)에 영향을 미친다.</li> <li>• 위 문항에서 대답하신 귀하의 영향력의 정도에 대해 만족하십니까?</li> <li>• 함께 일하면 우리 지역사회의 사람들은 지역사회의 중요한 결정(예. 마을 행사, 문제 해결 등)에 영향을 미칠 수 있다.</li> <li>• 함께 일하면 우리 지역사회의 사람들은 국가 정책에 영향을 미칠 수 있다.</li> </ul>

\* 각각의 질문에 리커트 척도 1~5점으로 응답, 총 점수 7점~35점

(Israel et al. 1994; 김장락 외, 2017)

연구는 지역의 대표로 건강위원회에 참여한 건강위원과 일반 주민들 사이의 격차도 확인했다. 경상남도 건강플러스 사업에서 건강위원들은 일반 주민들에 비해 교육수준이 높고, 농·어업 종사자 비율이 높으며, 주관적 건강 수준이 높고, 건강검진률도 높았다. 건강위원들은 일반주민들에 비해 사회 참여와 공식·비공식 조직 참여 경험이 많고 일반적인 사회 신뢰와 지역사회에 대한 문제인식 수준이 높았다(김장락 외. 2017).

사업에 대한 또 다른 연구는 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업에서 ① 전인적 개념의 건강, ② 임파워먼트, ③ 지역사회 참여, ④ 건강의 사회 환경적 결정요인에 대한 강조, ⑤ 사회적 불평등 완화, ⑥ 부문 간 협력같은 건강증진의 핵심가치가 대체로 잘 구현되고 있다고 판단하면서 주민 참여가

미진하여 보건소 주도로 사업이 진행되는 사례들이 존재했고, 건강의 사회적 결정요인에 대한 접근이 부족하며, 상위 수준의 공공기관과의 협력이 부족하다고 지적했다(김장락 외, 2015).

경상남도는 각 지역에 대해 6년 동안 예산을 지원하고 지원을 종결하였는데, 2017년 3월 기준 사업이 종료된 29개 지역 중 14개 지역에서 건강위원회가 여전히 운영되고 있는 것으로 파악되었다(김장락 2017). 다른 지역들에 비해 2년 전에 건강한 마을 만들기로 먼저 사업을 시작했던 진주시 사봉면의 경우 2017년부터 자조관리지역으로 전환하여 주민대표들이 사업을 주도하고, 진주시 내의 건강마을사업실시 지역 6개의 연대체인 진주시 건강위원회 협의회를 구성하여 활동을 벌여 나가고 있는 것으로 확인되었다. 경상남도통합건강증진지원단에 의하면 경상남도는 2017년을 기점으로 건강플러스 행복플러스 사업 1기를 마무리하고, 2018년 8개 지역에서 2기 사업을 시작해 2017년 사업을 시작한 8개 지역과 도 차원의 예산지원이 마무리되었으나 자율적으로 사업을 진행하는 지역 일부를 포함해 모두 20개 지역에서 사업을 진행하거나 준비하고 있다(경상남도 2018). 또한 경상남도는 2018년도정4개년 계획에서 지역 공공의료보건서비스 증진을 도정과제 중 하나로 제시하였는데, 향후 4년 동안 건강플러스 행복플러스 사업을 40개 읍면동 지역에 확대할 계획을 가지고 있다(정백근, 2018.10.31. 개인적 의사소통).

#### 4) 강원도 건강플러스 사업

강원도 건강플러스 사업은 2013년 2개 지역(홍천군 북방면, 영월군 북면)에서 시작해 2017년 기준 8개 시군 19개 읍면동(표적 인구 117,622명)에서 진행되고 있는 주민참여형 건강사업이다. 사업은 주민들이 주체가 되는 지역건강 거버넌스 구축을 목적으로 건강위원회를 설립, 운영하고, 주민지도력 확보를 위한 마을 활동가 교육을 실시하여 주민들이 스스로 사업을 기획하고 실천할 수 있도록 하고 있다(강원도 통합건강증진지원단, 2017).

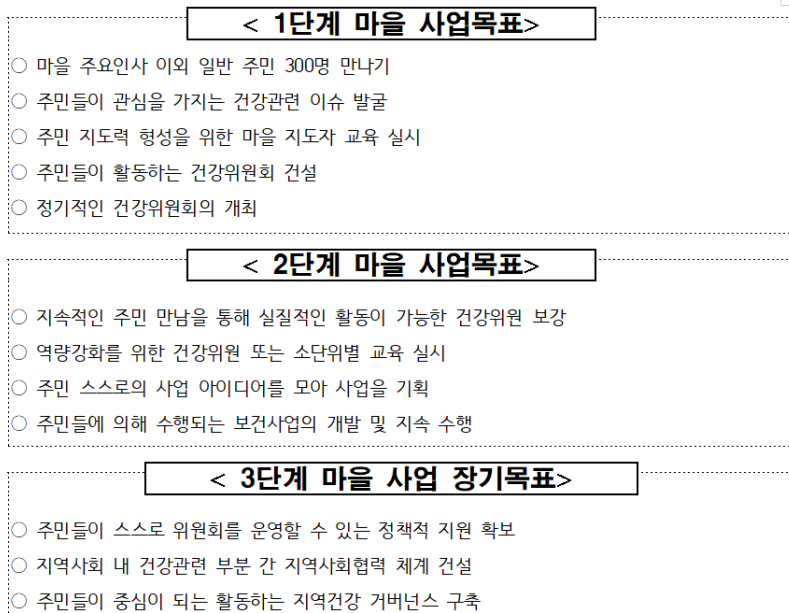


그림 5. 강원도 건강플러스 마을 사업 목표

(자료원: 강원도 통합건강증진사업지원단, 2017)

사업은 강원도의 별도 재정 지원 없이 통합건강증진사업지원단의 예산을 활용하여 이루어진다. 2016년 기준 강원도 건강플러스 사업에서 사용한 예산은 사업지역 당 420만원으로 다른 지역들에 비해 적은 수준이었다. 건강플러스사업을 실행하기로 한 보건소에서는 건강플러스 사업을 위해 활동하는 건강 코디네이터를 두고(지역 주민을 비정규직으로 고용하거나 기존의 보건소 직원에게 역할을 맡기는 등 보건소에 따라 상황이 다름) 강원도 통합건강증진사업지원단이 보건소와 주민들에게 건강마을 만들기에 대한 교육과 기술적 지원을 제공했다.

지침서에 의하면 건강 코디네이터는 사업의 핵심 인력으로 지역에 10년 이상 거주한 이로 장기근무가 가능하고 다수의 주민을 만날 수 있는 이들 중에 선발하는 것이 바람직하다. 건강 코디네이터는 지역사회와 공공기관 사이의 가교 역할을 하면서 주민 만남과 주민 지도력 형성을 주요 업무로

한다. 건강 코디네이터가 주민조직화 업무를 전담하고, 행정업무는 보건소 담당자가 전담할 수 있도록 역할이 구분되어 있다. 원칙적으로 건강 코디네이터는 연 300명 이상의 주민을 만나 마을의 이슈를 발굴하고 주민지도력을 형성해야 하는데, 이런 활동에 대해 월 1회 이상 지원단으로 활동일지를 제출하고, 건강위원회와 운영위원회 간사 역할을 하면서 회의록을 작성하는 등의 역할을 담당한다.

강원도 건강플러스 사업 지침서는 건강위원회 구성에 이·통장과 부녀회장의 참여가 장기적으로 바람직하지 않다고 설명하며 기존 주민대표조직의 참여를 권하지 않는다. 지역의 대표로 여러 사안을 논의하고 결정해야 하는 이·통장단은 건강위원회 활동을 담당하기에 너무 바빠서 건강을 중심으로 하는 활동을 충분히 할 수 있는 이들을 건강위원회에 참여시켜야 한다는 논리다. 따라서 건강 코디네이터와 보건소 담당자는 지역을 위해 기여할 수 있는 잠재적인 주민지도자를 발굴하기 위해 계속해서 주민들을 만나야 한다. 보건소는 이를 위한 약간의 지원(식사비용지원, 공간)을 제공한다. 코디네이터와 담당자는 충분히 실천적인 주민지도자들을 만나게 된 이후까지(약 1년) 건강위원회 발족을 늦출 수 있다(박웅섭 2017b).

사업 담당자와 코디네이터들은 의무적으로 한국주민운동정부연구원(CONET)의 주민조직화 교육에 참여해야 한다. 보건소의 담당자와 코디네이터는 사업수행을 위해서 기본 교육과정(12시간 이상)에 참여해야 하며, 코디네이터는 매년 주민조직 기초 및 심화과정 세미나에 참여하게 되어 있다. 주민조직교육은 한국주민운동정보연구원의 커리큘럼에 따라 이루어지는데, 이 교육은 프레이리의 주민조직이론을 이론적 기반으로 삼고 있다. 통상적으로 제공되는 교육에서 주민조직화의 단계는 아래 <표4>와 같다(한국주민운동정보교육원 2010; 홍종원 2015).

표 4. 강원도 건강플러스 사업에서 주민조직화 단계

과정	단계	주제	핵심개념
예비과정	1	현장 들어가기	현장선택, 예비조사
	2	주민 만나기	관계맺기, 지역알기
	3	조직화 밑그림 그리기	이슈찾기, 대안마련
조직과정	4	주민지도력 형성하기	초동모임, 교육훈련
	5	행동계획 세우기	조사연구, 계획수립
	6	주민 모으기	주민대화, 도기부여
	7	행동하기	주민모임, 실천행동
	8	평가하기	성과확인, 후속계획
조직건설과 정	9	성찰하기	배움확인, 가치공유
	10	조직 세우기	조직준비, 창립총회

(“한국주민운동정보교육원. 2010. 주민운동의 힘, 조직화-CO방법론”의 내용을 표로 정리한 홍종원. 건강마을만들기 사례연구. 2015. 27p. 에서 재인용)

강원도 통합건강증진사어버지원단이 건강 코디네이터와 담당자 교육을 담당한다면 개별 보건소는 주민 지도자 교육을 담당한다. 건강위원들은 1년에 최소 10시간 이상 구조화된 역량강화교육에 참여한다. 주민들은 건강한 마을 만들기, 우리 주민과 마을 알기, 마을 화합하기-리더십, 소통하는 마을 만들기, 마을 문제 해결하기-마을회의 등 마을만들기와 관련된 교육을 받고, 워크숍에서 구체적인 실행계획을 세운다. 사업이 본격화되면 주민들은 스스로 주체가 되어 마을의 건강이슈를 찾아내고 계획을 세워야 한다. 이 때 보건소 담당자는 계획 수립에 대한 현황분석 자료 등을 준비하고 워크숍을 진행할 수 있지만 지침서는 담당자가 먼저 나서 이슈를 제안하는 것을 지양하고 촉진자 역할을 담당하는 데에 충실해야 한다고 강조한다.

각 보건소는 건강위원회에서 주체적으로 활용할 수 있는 예산(코디네이터 인건비 별도)을 배정해 운영비를 지급한다. 이 예산은 주민들의 회의비, 마을 인센티브, 행사 상금 등으로 사용되며 주민들이 직접 예산 배분부터

정산까지 전체 과정을 결정한다. 사업은 개인에 대한 금전적 보상(활동비)를 제공하지 않을 것을 권고하는데, 이는 주민들의 활동이 개인 수준의 경제적 인센티브에 따른 것으로 환원되지 않도록 하기 위한 조치이다. 따라서 성과에 대한 금전적 인센티브(예. 금연성공축하금)를 지출하는 경우 개인이 아닌 마을 단위의 보상을 하는 것이 원칙이다.

2017년 발간된 강원도 건강플러스 사업 제안서는 지역사회건강조사자료를 이용해 사업시행 전 3년과 시행 후 3년 사이의 건강행태 변화를 비교하고 사업실행 지역에서의 건강지표 개선이 이루어졌다고 보고하고 있다. 이에 의하면 사업 전후로 사업실행지역에서는 흡연율과 고위험음주율이 감소하고 걷기실천율, 건강검진 수진율이 증가했으며, 이는 사업 미 실시 지역과 비교했을 때 유의하게 차이가 있었다. 사업 지역에서 이웃과의 연결이 단절된 사람은 줄어들고 주 2회 이상 이웃과 만나는 사람이 늘어나 사회적 자본이 축적되고 있다는 것도 확인되었다(강원도 통합건강증진사업지원단, 2017).

## 5) 서울시의 주민참여적 보건사업

서울시는 건강 영역에서 다양한 참여적 기획들을 시도해왔다. 서울시의 건강 정책 전반에 대한 참여적 거버넌스를 구현하기 위한 서울시 시민건강위원회는 2014년 시작되어 3기 위원들이 활동하고 있고, 공공서비스 이용자 중심으로 참여를 촉진하는 참여형 보건지소사업도 서울의 여러 지역으로 확산되고 있다. 여기에서는 부산, 경상남도, 강원도의 사례와 유사하게 지역 공동체를 중심으로 한 서울시의 주민참여적 건강개입을 살펴본다.

박원순 서울시장은 서울시장 공약으로 ‘시민제안 공모를 통한 건강친화적 마을사업’을 추진하겠다고 약속했다. 이는 2012년 시작된 건강친화적 마을 만들기 사업으로 실체화되었다. 사업은 경제적으로 취약할 뿐만 아니라 건강 수준이 나쁜 서울의 2개 지역(성북구 상월곡동 삼태기 마을, 강북구 번동 148번지 마을)을 선정했다. 건강친화마을만들기는 주체성, 지속성, 관계성을

핵심 가치로 삼고 건강을 중심으로 마을공동체를 복원하고자 했다.

그러나 이 사업은 사업 추진 과정에서 내부적 갈등과 혼란으로 인해 난항을 겪게 되었다. 사업예산을 자의적 활용하고자 했던 일부 행위자들의 개입은 사업의 본디 취지를 왜곡하고 지역에서 조직되고 있던 주민들의 활동을 방해했다. 지역에 연고를 두고 있는 시의원에 의한 압력 행사 등 일련의 갈등적인 상황을 거치면서 사업의 담당부처는 보건소에서 복지관으로 변경되었다. 사업명도 건강친화적 마을만들기에서 복지건강공동체 사업으로 변경되었다. 사업은 본디 의도했던 지역사회 중심의 포괄적 건강운동으로 이어지지 못하고 중단되었다(홍종원 2015).

서울시는 건강친화적 마을만들기 사업의 경험을 토대로 2015년 소생활권 건강생태계 기반조성 지원사업을 시작했다. 사업에서는 사업 시작단계에서부터 보건소와 협력 하에 주민참여를 지원하고 이끌어낼 민간 파트너들을 공모하고 민간 파트너에게 지역사회 조직화를 맡겼다. 이런 기획에 따라 지역사회에서 주민들과 생활터를 공유하며 주민조직운동이나 시민운동 등을 진행하고 있었던 민간단체들(여성민우회, 아이쿱생협, 살림의료복지사회적협동조합, 동북여성환경연대 초록상상 등)이 민간 파트너로 운영에 참여했다. 이들은 각자 지역에서 보건소와 협력 하에 지역에서 민간 건강자원을 발굴하고 건강네트워크를 구축했다. 이렇게 조직된 건강네트워크는 지역에 직접 투입되어 지역사회 주민들과 만나면서 주민참여자를 발굴하고 사업을 홍보하는 역할을 맡게 되었다.



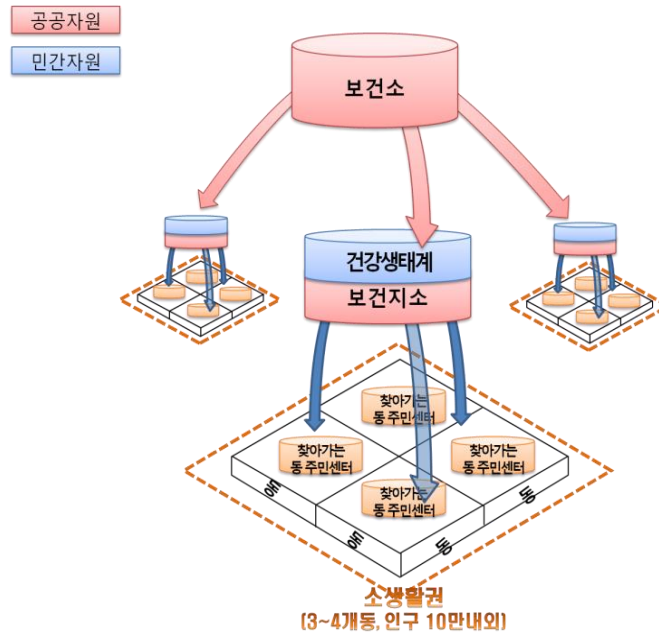


그림 6. 서울시 소생활권 건강생태계 기반조성 지원사업 모식도  
(서울특별시 시민건강국, 2017)

지역의 건강네트워크는 건강주민대토론회를 개최하여 지역의 건강 이슈를 파악하고 건강의제 별로 관심 주민과 단체를 모집했다. 이후 여기서 파악된 건강이슈 중 우선순위가 높은 이슈들을 중심으로 진단과 분석, 해결책 모색 등의 과정을 거치고 이에 따라 지역사회의 건강환경을 개선하기 위한 활동들을 추진했다.

서울시의 2017년 업무보고에 의하면 2016년 사업에서는 6개구 7개소가 사업에 공모하여 선정되었으며 89개 기관·단체가 건강네트워크에 참여하였다. 건강 네트워크 참여 단체는 주민센터, 의료생협, 생활협동조합, 주민건강모임, 시립병원, 전통시장 상인회, 복지센터, 여성단체 등 다양하다. 2016년 서울시는 5개구에서 주민 토론회를 개최하여(8회, 678명 참석) 31개 의제를 발굴하였으며, 각 의제별로 건강소모임을 운영하고 이를 개선하기 위한 활동을 추진하고 있다(서울특별시 2017).

## 6) 소결

이 절에서는 최근 주민참여형 건강 개입들을 살펴보았다. 한국에서 주민 참여형 건강 개입 확대는 여러가지 맥락과 동력에 의해 작동하고 있다. 각 지역 별로 참여의 형태와 목적은 조금씩 다르고, 보건복지부의 사업을 제외 하면 대부분의 사업이 건강취약지역을 사업지로 선정해 이 지역의 건강 행태를 개선하는 것을 목표로 하고 있었다.

기존의 자료를 토대로 실제 참여가 영향력을 행사하고 있는지, 지금까지 참여하면서 경험과 지식을 쌓은 주민들이 좀 더 높은 층위와 넓은 범위의 참여로 나아가기 위한 기회가 제공되고 있는지를 파악하기는 어렵다. 명목 상 주민 참여를 강조하지만 참여가 수단과 목적 중 어느 쪽의 지위를 가지는지는 명료하지 않고, 통상의 방식으로 평가가 이루어지면서 참여가 수단으로 환원되는 경향이 있는 것으로 보인다. 지역의 건강 향상과 주민들의 권력강화를 동시에 염두에 두고 사업을 진행하는 것이 일반적이라고 평가한다고 하더라도 이런 관점은 사업을 주도하는 연구자들의 것으로 전반적인 사업 관계자들이 이런 관점을 공유하고 있다고 보기는 어렵다. 국가주도 정책을 통해 지역사회가 스스로 문제를 해결하도록 자조와 협동을 강조했던 주민동원의 역사를 가지고 있는 한국에서 참여의 내재적 목표를 달성하기는 매우 어려운 일이며, 현장에서 참여적 건강 개입은 권력강화보다는 공동체의 회복과 지역의 자조에 대한 것으로 수렴되기 쉽다.

지난 10여 년간 부산, 경상남도, 강원도, 서울시 등에서 진행된 참여적 건강개입은 지역사회를 중심으로 정체성을 공유하는 주민들이 조직화하고, 스스로 자신의 문제를 해결함으로써 지역의 건강을 개선하는 것을 목표로 해왔다. 이들은 모두 참여가 하향적 보건서비스와 권위적 의사결정의 문제를 해결할 수 있는 효과적인 전략이자 그 자체로 규범적 가치를 가진다는 전제를 공유한다. 이들 사업들은 특정 생활터를 중심으로 주민 간 상호작용을 촉진하고자 하고 자발적 활동들을 통해 지역 주민들의 건강수준을 향상하고

건강 환경을 구축함으로써 건강 수준이 낮은 지역의 건강을 향상하고, 주민들의 ‘힘’을 길러내는 것을 공통적으로 지향해 왔다.

하지만 지금까지 참여적 건강 개입에 대한 기존의 서술들은 주민참여적 건강개입의 과정을 참여를 통한 사회적 권력관계 변화를 위한 정치적 과정으로 다루지 않고 있다. 출간된 연구나 각 지역의 통합건강증진사업지원단의 누리집 등에서 확인되는 문헌을 통해 주민들의 활동과 경험을 파악할 수 있지만 지역사회와 지역 내 주민 조직, 개입 주체로 보건소, 지방자치단체 사이의 상호작용이나 관계 변화를 중요하게 다루는 서술은 찾기 어렵다.

따라서 이 연구는 건강 격차 감소를 위한 지역사회 권력강화가 건강 격차의 근본적인 원인이 되는 사회경제적 불평등을 해소하는 정치와 연결되어야 한다는 관점에서 참여에 주목한다. ‘사업’화된 주민참여 과정에서 지역사회 주민들이 건강 이슈를 중심으로 정치화, 세력화 될 수 있을 것을 것인지, 그것이 미시적이고 초보적인 수준이라고 하더라도 유의미한 변화가 관찰되는지, 또한 주민들의 권력강화를 촉진하거나 저해하는 상황들은 무엇인지를 중심으로 경상북도의 건강증진사업을 살펴본다.

### III. 연구 전략

#### 1. 연구 입장

이 연구는 건강 영역에서 참여가 다수의 투입요소와 다층적 개입지점을 가지는 복합적 개입이자 권력강화의 과정이라는 관점에서 주민참여적 건강 개입의 과정과 결과를 파악하고자 하였다. 참여를 일시적 개입이나 일관된 단계를 거치는 직선적 과정으로 환원하지 않으면서 참여자들이 자신들의 건강한 삶과 관련된 의사결정에 영향력을 행사하기 위한 권력을 확보해 나가는 과정으로 이해하고자 했다. 이를 위해 주민참여적 건강 개입이 이루어지고 있는 “경상북도 건강새마을 조성사업”을 사례로 선정하고 이를 조사했다. 사례 지역에서 어떤 변화가 발생하거나 혹은 발생하지 않았는지 주민 개개인, 주민 간, 조직, 그리고 지역사회 수준에서 살펴보았다. 서로 다른 위치에서 사업을 경험하는 다수의 행위자들이 각자 어떤 경험과 인식을 가지고 있는지 조사하고 분석함으로써 지역사회 수준의 집합적 권력강화가 어떻게 가능한지 설명하고자 하였다.

이 연구는 주민들의 참여 과정과 결과를 살펴봄에 있어서 비판적 실재론적 관점(critical realist perspective)을 채택한다. 비판적 실재론은 초월적 실재론(transcendental realism)과 비판적 자연주의(critical naturalism)이라는 두 가지 과학철학 조류의 합성으로 만들어진 용어이다. 바스카(Bhaskar)는 초월적 실재론이 타동적 차원의 객체와 자동적 차원의 객체 사이의 비동일성, 즉 사유와 존재의 비동일성을 단언하며 사회적 실천들에 수반되는 철학적 담론의 가능성을 밝힘으로써 사회과학적 탐구의 가능성을 열어준다고 말한다(바스카, 2007: 53~56). 이때 어떤 지식이 실재론적이라는 것은 첫째, 지식의 객체는 그것이 사람들에게 의해 인식되지 여부와 무관하게 실재할 수 있으며(객관성objectivity), 둘째, 그 지식에 대한 기존의 지식들은 언제나 새로운 정보에 의해 반박될 수 있고(오류가능성 fallibility), 셋째, 외양으로 나타나는 것이 아닌 기저의 구조들에 대한 지식이 가능하며(초현상성 trans-

phenomenality), 넷째, 어떤 심층 구조에 대한 지식들은 드러나는 현상을 너머의 실재를 설명할 뿐만 아니라 때로는 현상과 모순될 수도 있다(반현상성 counter-phenomenality)음을 의미한다(콜리어, 2010: 23~24). 바스카와 로슨(Lawson)은 초월적 실재론의 핵심이 “어떤 현상에 대한 어떠한 지식도 기존의 지식과 이를 생성하는 구조에 의해 생산된다”는 데에 있다고 말한다.

비판적 실재론의 존재론적 주장의 핵심은 존재와 이에 대한 지식이 층화(stratification)되어 있다는 것이다. 바스카는 존재가 실재적 영역(the real), 현실적 영역(the actual), 경험적 영역(empirical)의 영역으로 층화되어 있으며, 각각의 층이 기제(mechanism), 사건(event), 경험(experience)과 조응한다고 개념화한다. 실재적 영역이 내재적 힘에 따라 사건을 발생시킬 수 있는 실재라면 현실적 영역은 발생하는 사건들 그 자체, 경험적 영역은 사건과 관련한 인간의 경험을 가리킨다(표5).

표 5 존재의 세 영역

	실재적 영역	현실적 영역	경험적 영역
기제	○		
사건	○	○	
경험	○	○	○

비판적 실재론은 사회과학의 목적이 사회과학의 객체의 내적 속성으로 실재하는 인과적 기제와 힘을 규명하고 이를 토대로 사회 현상을 설명하며, 그와 같은 현상을 만들어내는 사회적 조건을 해명하는 데에 있다고 말한다(이기홍, 2014: 313~315). 이를 위해서는 인간 행위 주체와 사회 구조들의 접점에서 발생하는 실천들, 즉 위치지어진 실천들(positioned-practices)과 이들 사이의 관계에 대한 지식이 축적되어야 한다. 사회는 언제나 인간 행위의 조건이며 인간의 행위에 의해 지속적으로 재생산되는 결과(구조의 이중성)이고, 개인의 실천은 의식적인 생산인 동시에 보통은 의식되지 않는 사회조건의 재생산(실천의 이중성)이다. 사회과학적 지식은 개인과 사회의 존

재론적 의존을 고려하면서 행위의 조건으로서 사회와 행위의 결과로 사회 모두에 관심을 기울여야 한다(콜리어, 2010: 209~228).

참여는 일반적으로 자연과학이 지식의 대상으로 삼는 자동적 대상(intransitive object)-즉 그것을 탐구하는 인간의 인식이나 과학과 독립하여 존재하고 작동하는 객체-이 아닌 인간의 사유에 의존하여 존재하고 변화하는 타동적 지식의 대상(transitive object)이다(앤드류 2010: 85). 이는 본 연구에서 두 가지 의미를 가진다. 이는 첫째, 참여의 과정과 이에 대한 연구의 설명과 해석이 기존 지식들의 영향을 받는 이론부과적 실천이라는 것이고 둘째, 참여를 권력강화의 과정으로 개념화하면서 참여의 사례를 설명하는 이 연구 역시 참여 개념에 특정한 이론적 입장을 부과하고자 하는 실천이 될 수밖에 없다는 점이다. 연구에서 관찰하는 주민들의 행위는 사회에 대해 주민들이 가지고 있는 기존의 지식이 개입하게 된다는 점에서 개념의존적이며, 이를 특정한 관점에서 기술하고 설명하고자 하는 본 연구 실천 역시 개념의존적이고 구조지어진 조건에 의존하는 실천일 것이다(채오병 2007).

비판적 실재론은 또한 각자의 위치와 입장에 따라 다르게 인식될 수 있는 권력관계의 변화를 사회적 실재로 이해하고 다층적 수준의 근거를 종합해 인과적 설명을 제시하기 위한 인식론적 준거를 제공한다. 참여는 지역 주민들이 살아가는 사회적 관계 속에서 파악되어야 한다. 권력 관계 변화를 초점에 맞추면서 참여의 과정과 그로 인한 변화를 살펴보기 위해서는 각자의 행위자가 처해있는 관계성과 위치성을 고려해 자료를 해석해야 한다. 고정된 조사도구를 이용해 객관적 현상을 조사하고 연관성을 찾는 실증주의적 과학관은 열린 체계 내에서 이루어지는 복잡한 개입인 참여의 과정을 설명하는 데에 가지는 한계를 가진다. 반면 비판적 실재론의 인식론적 상대성은 사회적 위치에 따라 다르게 나타나는 경험과 인식의 차이를 사건을 설명하는 근거로 활용하고 종합할 수 있는 관점이다.

이 연구는 보건의료영역에서 참여가 중요한 규범적 원칙, 따라서 보건의료개입의 기제 중 하나로 주민참여적 건강정책이라는 현상이 다양하게 관찰

되고 있으나 이와 관련된 구체적인 지식은 충분하지 못하다는 판단 하에 보건의료영역에서 참여를 연구문제로 정식화한다. 참여는 공적 의사결정에 영향력을 행사하기 위한 권력과 직접적으로 관련이 있는 실천으로, 그 방향과 층위, 수준이 다양하다. 이를 고려해 연구에서는 참여의 과정을 다층적 구조 속에서 복수의 행위자가 형성하는 사회적 관계 속에서 설명하기 위해 비판적 실재론의 관점에서 논의를 전개하였다. 주민들의 경험과 보건소 담당자들이 작성한 문서 등 다양한 관점과 인식을 반영한 자료들을 토대로 참여적 건강개입 현장에서 발생한 사건들을 재구성하고, 그를 통해 권력 관계의 변화를 가추한다. 서로 다른 입장과 인식의 도구를 가지고 있는 행위자들이 공동으로 구성한 참여의 공간을 다양한 방식으로 탐색하고, 경험, 사건, 기제를 구분해서 논의한다. 참여의 공간 내부와 외부에서 서로 다른 관점과 위치를 가지고 행동하는 여러 행위자들의 경험과 인식을 조사하고, 참여와 관련된 기존의 이론과 지식들을 활용하여 보건의료영역에서 참여의 과정과 결과를 설명할 것이다. 참여의 문제를 사회적, 문화적, 역사적 조건들 속에서 맥락화하고, 이에 따라 사례에서 관찰되는 변화들을 설명할 것이다.

한 발 더 떨어져서 조망하면 주민참여적 건강 개입은 주민들의 주체적 행위성과 성찰성을 통해 지역사회를 변화시키고자 하는 개입이다. 주민들은 각자 맡은 위치의 체계(자리, 규칙, 임무, 의무, 관리들)에 따라 행동하며 사회적 조건(지리적, 경제적, 정치적, 문화적 구조)의 영향을 받는다. ‘개입’은 기존의 위치지어진 실천들로 구축된 다층적 체계에 또 하나의 체계를 구축하고자 하는 기획이라고 할 수 있을 것이다. 이런 관점에서 이 연구는 새로운 체계로 지역사회에 영향을 미치고자 하는 ‘참여적 건강 개입’이 기존의 위치지어진 실천들, 그리고 그 실천을 담당하는 주체들의 관계를 어떻게 변화시키는지 그 과정을 살펴본다. 주민참여적 건강 마을이라는 새로운 개념이 사람들에게 어떻게 이해, 수용되어 작동하는지, 이것이 건강과 관련된 공적 의사결정을 통제하는 권력과 어떤 연관 속에서 작동하고 어떤 변화를 야기하는지에 초점을 맞춘다.

## 2. 연구 방법

사례연구는 1) 맥락 속에서 사회적 현상을 탐구하는 경험적 탐구로 2) 현상과 맥락의 경계가 분명하지 않고, 3) 다양한 증거를 사용하는 탐구 방법이다(이영철, 2006; Yin, 2014/2016: 87). 사례연구의 방법을 체계화한 Yin은 사례연구가 ‘어떻게(how)’와 ‘왜(how)’ 질문을 다루는 데에 적합한 방법이며 현실에서 벌어지고 있는 사건을 연구의 대상으로 삼으면서 실험적 통제가 이루어지지 않는 경우 사례연구를 선택하게 된다고 말한다(Yin, 2014/2016: 31~41). 사례연구는 연구 사례에 대해 총체적인 관점을 유지하면서 연구 질문과 관련된 상황을 비교적 자유롭고 유연하게 바라보고, 상황을 이해하고 설명하는 데에 초점을 맞출 수 있기에 정책 연구나 실용적인 조직 연구의 도구로도 다양하게 활용된다(Gerring, 2006: 342)

사례 연구는 비교적 경계가 명확하지만 복잡한 현상과 관련해 “무엇이 어떤 변화를 일으켰는지”를 설명하는 데에 적합한 틀을 제공한다. 설문조사와 계량 분석이 분석 단위를 고정한 상태에서 정해진 변수들을 다룸으로써 사전에 연구자가 기획한 수준 내에 설명을 제한한다면 질적 사례 연구는 다양한 방식으로 자료를 수집하고 연구설계를 수정해 나가면서 보다 좋은 설명을 찾아 나가는 것을 특징으로 한다.

이 연구는 사회적 실재가 인간의 지식과 독립적으로 존재하며, 사회적 실재는 층화되어 있다는 비판적 실재론의 과학관에 입각해 참여의 과정을 살펴보는 것을 목적으로 한다. 참여는 다층적 사회 관계 속에서 일어나는 사건으로, 이는 사건을 창출할 수 있는 힘과 책임을 가진 주체들의 상호작용에 의해 발생한다. 참여를 구성하고 조율하는 조건과 기제로서 참여가 어떻게 작동하는지 모두에 관심을 두면서 참여의 과정이 어떻게 작동하는지에 초점을 맞추기 위해 비판적 실재론적 심층사례연구(critical realist intensive case study) 방법론을 활용했다. 비판적 실재론적 사례연구는 사회적 현상의 개방성과 복잡성을 고려하여 변화를 만들어 내는 인과적 힘의 경향적 작동



을 설명하고자 하는 심층사례연구의 한 종류이다(Wynn & Williams, 2012).

비판적 실재론의 관점에서 사회과학 연구방법론을 전개한 세이어는 기존의 사회과학 연구들을 크게 포괄적(extensive) 연구와 심층적(intensive) 연구로 구분한다(Easton 2010; 김남순 et al. 2013; 세이어 1999). 포괄적 연구는 대규모 설문이나 조사 자료를 계량적으로 분석해 사회현상의 규칙성이나 유사성, 패턴을 밝히고 이를 근거로 인과관계를 추론한다. 사회과학의 주류를 점하고 있는 실증주의적 관점의 연구들이 여기에 포함된다. 모든 실증주의적 계량 분석 연구가 그러한 것은 아니지만 많은 경우 이런 규칙성에 대한 탐색은 사회적 실재의 총화된 성격을 적절하게 고려하지 않는다. 구조와 사건, 경험을 동일한 인식론적 차원으로 환원하는 설명은 복잡한 사회적 실재에 대한 얇은 지식을 생산하는 데에서 그치기 쉽다.

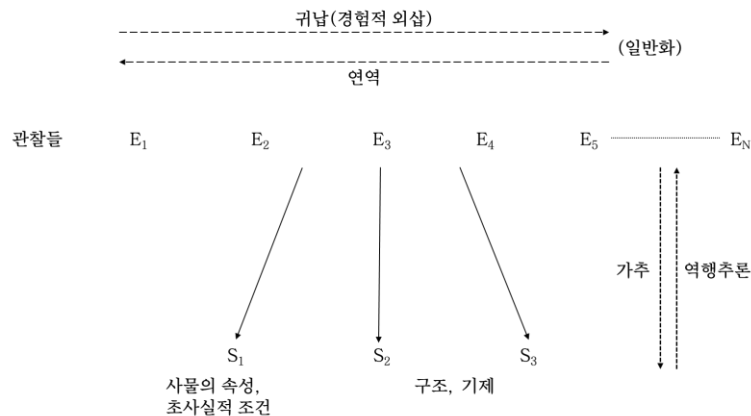


그림 7. 과학적 탐구에서 네 추론양식의 사용(이기홍, 2014; 214p.)

심층적 연구는 고유한 맥락에서 개별 행위자들이 왜 어떻게 행동했는지를 묻고 복합적 근거를 종합해 인과적 설명을 도출하는 것을 목적으로 한다. 기존의 포괄적 연구들이 경험 영역에서 연관성을 탐색한다면 실재론적 관점의 심층연구는 사회적 실재를 서로 다른 기제들의 접합적 작동을 통해 발현하는 현상으로 설명한다. 복잡한 사회 현상 속에서 관찰되는 조건지어진 사건들의 의미를 맥락의존적으로 설명하기 위해 실재론적 사례연구는 연역이

나 귀납 외에도 경험/현상에서 구조/기제를 도출하고, 구조/기제에서 경험/현상을 재해석하는 가추와 역행추론 같은 추론양식을 활용한다(Easton 2010; Tsang 2014).

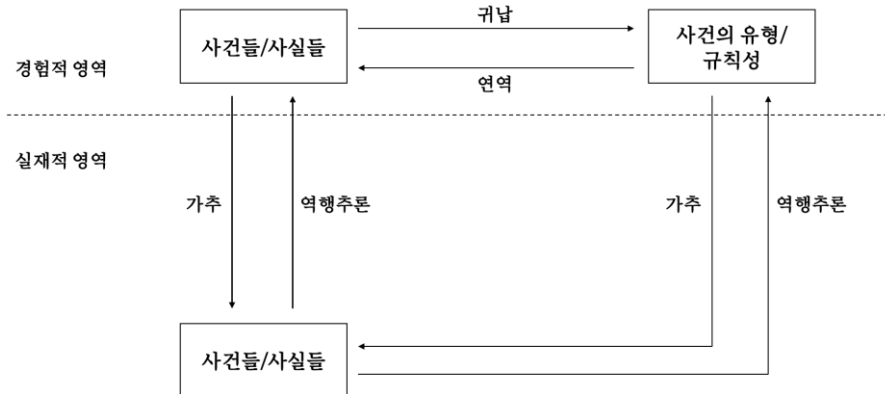


그림 8. 존재의 층위와 네 가지 추론양식(이기홍, 2014; 213p.)

이 연구에서는 특정 가설이나 이론을 연역적으로 상정하지 않으면서 인터뷰와 참여관찰, 문서 등 다양한 자료를 분석한다. 주민참여의 과정에서 확인된 경험적 사건들을 두껍게 기술하고, 권력강화적 참여에 대한 기존의 근거와 이론을 활용해 특정한 사건들이 일어나거나 일어나지 않은 구조나 기제에 대한 설명을 도출하는 것이 목표다. 구체적이고 상이한 맥락, 사례, 사건들로부터 초점을 맞추는 구조로 권력관계의 변화를 파악한다.

이 연구는 권력강화적 참여의 구조와 사건들을 파악하고 여기서 관찰되는 행위자들의 실천과 맥락의 상호관계를 탐색했다. 다양한 조사 방법과 자료를 활용해 사건의 맥락과 구조를 설명함으로써 참여의 과정과 그 결과에 대한 인과적 설명을 제시하고자 하였다. 이를 위해 경상북도에서 실시되고 있는 정책 개입인 “경상북도 건강새마을 조성사업”을 사례로 선정했다. 이 사업은 경상북도의 건강취약지역 20개에서 시작되었으며 읍면동 단위를 개별 사업 단위로 한다. 이 연구는 각 지역의 개별 사업이 아닌 경상북도의 건강새마을 조성사업 전체를 분석 단위로 하는 단일사례연구설계를 채택한다.

구체적인 주민참여를 관찰할 수 있는 개별 사업지역은 하위 분석단위 (embedded unit)으로 포함한다. 이런 분석 단위 설정은 개별 사업지역 내에서 주민들 간 관계와 상호작용 외에도 마을, 보건소, 연구자, 지방정부의 관계와 상호작용을 설명하고, 사업을 통한 권력강화의 가능성을 포착하기 위한 것이다.

### 3. 사례 선정

이 연구는 “경상북도 건강새마을 조성사업”을 사업을 연구 사례로 한다. 이 사업은 근래 한국의 지방자치단체들이 중심이 되어 시도하고 있는 주민참여적 건강 개입 정책 중 하나이다. 민관 협력을 통해 건강 문제를 해결하고 지역사회 주민들과 연계 및 조직화를 통해 주민 역량을 강화함으로써 지역간 건강격차를 해소하는 것이 사업의 목표다. 2014년 경상북도의 20개 읍면동 단위에서 3년의 사업예산을 확보하고 시작된 사업은 2017년 27개 읍면동 지역에서 5년 단위 사업으로 확장되었고, 2018년 경상북도와 주민들은 사업 기간을 10년으로 연장했다.

연구에서는 주민참여적 건강 개입의 과정과 결과를 파악하기 위해 적합성, 용이성, 대표성의 세 가지 기준에 따라 본 사례를 연구 대상으로 선정하였다.

첫째, 적합성의 측면에서 현재 주민참여와 지역의 변화가 현재 진행되고 주민참여가 사업의 중요한 특성이자 주요 전략인 사례를 선정하고자 하였다. 경상북도 건강새마을 조성사업은 지역에서 주민참여를 주된 전략으로 하며 시작된 지역기반 건강증진사업 중 하나로 실질적 주민 참여를 전략으로 삼는다. 이를 가늠하기 위해 2016년 말 사업 추진에 핵심적인 역할을 했던 연구자와 면담을 하고 연말에 열린 사업평가회의에 참석해 정보를 수집했다. 사전조사에서 사업지역에서 유의미한 변화가 관찰되고 있으며, 권력 강화의 관점에서 이에 대한 구체적인 탐색이 필요하다는 의견을 얻을 수 있었다. 이에 저자는 지역적, 정책적 특성을 감안한다고 하더라도 주민이 주도하는 지역의 변화를 지향하는 이 사업이 건강 영역에서 참여의 과정을 관찰하고자 하는 연구의 목적에 적합한 사례라고 판단했다.

둘째, 연구 목적에 적합한 관찰이 가능하고 용이한지에 대한 기준이다. 경상북도 건강새마을 조성사업은 사업을 시작한지 비교적 오래되지 않아 주민 등 사업 관련 행위자들이 사업 초기를 비롯해 사업 추진과정에 대한 기억을

환기할 수 있는 상황이었다. 또, 사업이 경상북도가 추진하는 도 단위 사업으로 비교적 사업의 규모가 크고 사업 진행이 안정적이고 일관적이라는 것도 조사의 용이성을 높였다. 경상북도는 본 사업의 일환으로 홈페이지를 만들어 운영하고, 여기에 사업단과 각 사업주체(보건소)가 사업진행상황에 대한 자료를 업로드하도록 했다. 이를 통해 연구에서는 다양한 문서자료를 수집할 수 있었다. 기존에 사업을 추진했던 연구자들의 협조를 통해 경상북도 통합건강증진사업지원단이 기존에 수집한 양적 자료도 활용할 수 있었다.

셋째, 대표성 측면에서 사업은 먼저 시작된 타 지역 사업들을 참고하여 내용을 구성하였고 사업의 주민참여형태는 한국의 지역사회에서 추진되고 있는 다른 개입들과 크게 다르지 않다. 참여의 과정은 본디 유동적이고 이질적인 것이겠지만 앞서 논의했듯 한국에서 주민참여적 건강개입이 시행되는 맥락은 크게 다르지 않다. 이에 연구자는 본 사업에 대한 탐색과 설명이 한국의 주민참여적 건강개입을 이해하는 데에 필요한 지식을 도출할 수 있으리라고 보았다.

## 4. 자료 수집

연구에서는 경상북도 건강새마을 조성사업 정책 사례와 관련된 수집가능한 다양한 자료원을 사례분석의 자료로 활용했다. 현장 조사와 인터넷 검색, 경상북도 통합건강증진사업지원단 연구팀의 협조를 통해 사업과 관련된 문헌정보와 기록물을 확보했다(표6). 2017년 6월부터 2018년 8월까지 12회의 직접관찰과 6회의 참여관찰을 통해 자료를 수집했다(관찰시간 도합 122시간). 현장에서 만나 주고받은 대화를 비롯해 관찰과정에서 파악한 내용을 연구자일지에 기록하고 이를 분석 자료로 포함시켰다. 사업 관련 행위자들에 대한 포커스 그룹면담 9회(인터뷰 인원 총 42명)와 관련 전문가 면담 7회(8명)의 인터뷰를 수행했다(부록1, 부록2). 연구참여자의 사전 동의를 받아 면담을 녹취, 전사하였고 이를 분석의 주 자료원으로 활용했다. 연구에 대한 조사 수행에 대한 서울대학교 생명윤리위원회의 심의를 거쳐 승인을 받았다(IRB No.1711/003-025).

표 6. 자료원과 수집한 자료의 내용

자료원	내용
문서정보	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 관련 신문 기사(인터넷 신문 검색)</li> <li>• 행정문서(보건소에서 제출한 사업평가자료, 2014~2017년 총 4년)</li> <li>• 경상북도 통합건강증진사업지원단 누리집 (<a href="http://ilovegb.kr/">http://ilovegb.kr/</a>)</li> <li>• 도·시·군의회 회의록(지방의회 회의록 자료 검색)</li> </ul>
기록물	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사업에 대한 질적 조사 보고서(2015년 발간)</li> <li>• 사업에 대한 양적 조사 보고서(2014년, 2016년 설문조사 결과)</li> <li>• 지역과 사업단위에서 발행된 건강새마을 소식지</li> </ul>

직접관찰	<ul style="list-style-type: none"> <li>경상북도와 통합건강증진사업지원단이 주최하는 사업의 공식 회의와 행사 참석(연구자 회의, 학술 심포지움, 워크숍, 성과대회 등)</li> <li>사업지역의 회의와 행사 참석(건강위원회 발대식, 건강위원회 회의, 타 지역 방문교류행사, 성과대회 등)</li> </ul>
참여관찰	<ul style="list-style-type: none"> <li>사업지역의 주민역량강화교육에 연구자로서 참석</li> <li>사업관련 심포지움에 발표자로 참석</li> <li>주요 행위자에 대한 비공식 면담*</li> </ul>
면담	<ul style="list-style-type: none"> <li>주요 행위자들에 대한 구조화된 포커스그룹인터뷰</li> <li>전문가 면담</li> </ul>

\* 녹취/전사 수행하지 않고 수행한 면담과 이메일이나 전화 등을 통한 접촉

연구 설계 단계에서부터 참여 과정을 체계적으로 관찰하기 위해 지역의 참여를 층위에 따라 세 가지 유형으로 조작적으로 규정하고 각각의 층위에서 참여 과정이 어떻게 진행되고 있는지를 파악하고자 했다. 이는 첫째, 마을의 일반 주민들이 참여하는 건강증진활동이다. 관련해서 주민주도형 건강증진사업에 사람들이 어떻게 참여하고 이에 대한 기획은 어떻게 이루어지는지, 그 과정에서 주민들 사이의 관계는 어떻게 변화하고 누가 활동을 주도하는지에 대해서 조사했다. 이는 아래 그림에서 마을이라고 표시된 원 내부에서 이러나는 상호작용에 대한 것이다. 두 번째 참여 유형은 건강위원회 활동이다. 건강위원회는 지역의 대표로 지역의 건강 문제를 다루는 핵심 주체로 보건소, 읍면동 사무소, 자문 전문가와 상호작용한다. 건강위원회 구성과 내부 의사결정 방식과 범위 등을 파악하는 두 번째 참여 유형은 아래 그림에서 음영으로 표시되지 않은 영역에 대한 것이다. 세 번째 참여 유형은 건강위원회의 대표들로 결성된 건강위원회협의체와 건강위원회의 정책 참여이다. 주민들이 사업과 관련된 정책결정이나 자원배분에 개입할 공간이 있는지, 건강위원회 간 교류나 연대가 이루어지는지 등이 여기에 포함된다.

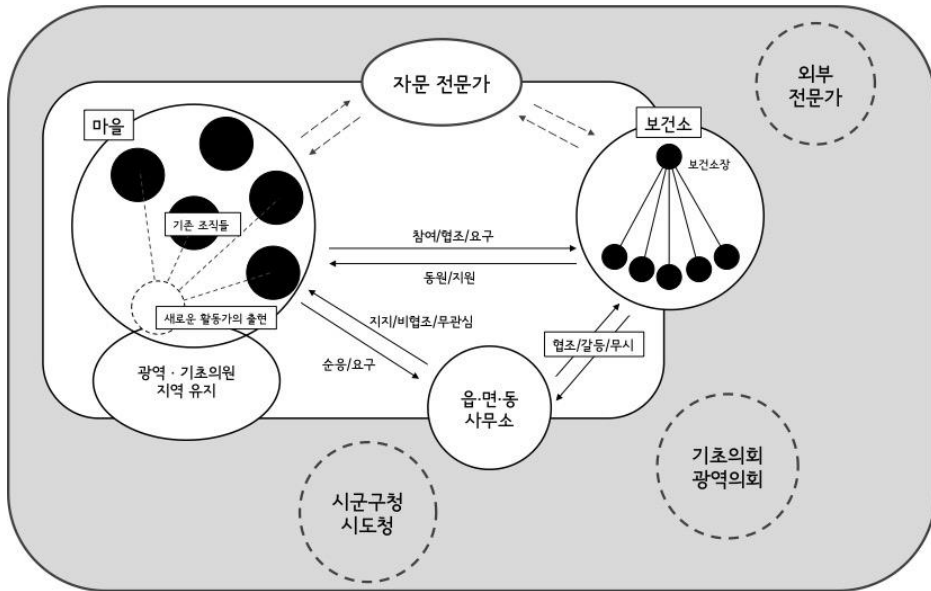


그림 9. 지역사회 참여의 주요 행위자와 상호작용

자료 수집은 크게 네 단계로 진행되었다. 첫 번째 단계는 전반적인 사업 내용 파악을 위한 현장 조사로 이를 2017년 6월부터 2017년 10월까지 진행했다. 먼저 문서정보와 기록물을 수집하고 경상북도 통합건강증진사업지원단의 연구자의 도움을 받아 사업 전반을 파악했다. 이후 공식 행사에 참여해 주민과 보건소 담당자들을 소개받았다. 20여개 마을의 주민들이 모두 참석하는 도 수준의 행사에서 보건소 담당자들과 라포를 형성하고 이들을 통해 각 사업 지역에 대한 현장조사를 계획했다.

두 번째 단계는 전체 행사가 아닌 각 지역에서의 사업과정을 파악하기 위한 현장 조사다. 사업의 공통 활동인 건강새마을 조성사업 발대식, 건강위원회 월례회의, 타지역과 교류(우수사례마을 견학), 성과대회에 참여해 사업의 진행 과정을 파악하고 주민들과 공식/비공식 면담을 진행했다. 모든 현장조사에 대해 관찰일지(fieldnote)와 연구자 일지(research diary)를 작성하고 이를 해석하기 위한 아이디어를 기록, 보관했다. 현지 조사에서 파악하게 된 사건들과 관련된 문헌 정보(경상북도 통합건강증진사업지원단 누리집 게시



글, 신문기사, 지방의회 의사록 등)도 추가로 수집했다. 개별 사업지를 방문하여 마을 주민들의 활동을 관찰하는 이 조사는 2017년 10월부터 12월 사이에 집중적으로 이루어졌다.

세 번째 단계는 사업 과정과 맥락, 그리고 하부사업지역에서 참여의 수준을 대략적으로 파악한 이후 진행했다. 사업참여자에 대한 포커스그룹인터뷰는 2017년 11월부터 2018년 12월 사이에 진행되었다. 지역 주민과 사업 담당자를 대상으로 포커스그룹인터뷰를 수행했다. 이들 중 일부는 해당 사업 지역에 방문하여 직접관찰 후 진행하였으며, 일부는 사업지역 방문 없이 주민들을 약속된 인터뷰 장소에서 만나 포커스그룹인터뷰를 진행하였다. 전자의 경우 워크숍이나 개별적인 접촉을 통해 지역의 사업담당자에게 사전 연락을 하고 면담 약속을 잡았으며, 후자의 경우 경상북도청의 협조를 통해 일부 지역 건강위원회에 공식적으로 면담을 요청하였다. 인터뷰는 최소 2명에서 최대 6명의 주민이 참여한 가운데 1시간~2시간 가량 진행되었다. 모든 포커스그룹인터뷰에서 연구자 외의 보조 연구자 1인이 동석해 인터뷰 진행을 보조하고 면담 내용을 녹취했다. 인터뷰에서는 주민들이 지역에서 담당하는 역할, 건강새마을 조성사업에 참여하게 된 계기를 진입질문으로 활용하고, 주민들이 비교적 자유롭게 본인들의 경험을 논의할 수 있도록 하였다. 반구조화 설문지를 활용하였지만 포커스 그룹 면담의 장점을 살려 동일한 사안에 대해 한 참여자가 논의하는 과정에 다른 참여자가 부연 설명이나 다른 관점을 제시할 수 있도록 자연스러운 대화가 가능하도록 유도했다. 면담에서는 건강새마을 조성사업에서 주민참여의 과정과 그로 인한 개인과 지역 사회의 변화, 이에 영향을 미치는 요인 등에 대해서 파악하고자 하였으며 구체적인 면담 질문은 아래와 같다(표7).

표 7. 포커스그룹인터뷰에 사용한 반구조화 설문지

연구참여자	면담 질문
건강위원회 위원	<ol style="list-style-type: none"> <li>진입질문 <ul style="list-style-type: none"> <li>간략한 자기 소개를 포함해서 건강새마을 조성사업에 어떻게 참여하시게 되었는지, 그리고 지역에서 이 사업 외에 활동들을 하고 계시다면 어떤 일들을 하시는 지 설명해 주십시오.</li> </ul> </li> <li>사업을 통한 변화 <ul style="list-style-type: none"> <li>건강위원회 등에서 활동하면서 개인적으로 달라진 점이 있다면 설명해 주십시오.</li> <li>사업으로 인해 마을에 변화가 생겼다면 무엇이 어떻게 달라졌는지 설명해 주십시오.</li> </ul> </li> <li>건강위원회 <ul style="list-style-type: none"> <li>건강위원회 활동이 어떤 식으로 진행되는지 설명해 주십시오.</li> <li>건강위원회는 마을에서 진행되었던 기존의 사업이나 민간 조직들의 활동과 어떻게 다른지?</li> <li>건강위원회와 지역 내 다른 사업, 조직들은 어떤 관계를 형성하고 있습니까?</li> </ul> </li> <li>지역의 건강 문제에 대한 오너쉽 <ul style="list-style-type: none"> <li>지역의 건강문제를 해결하기 위해서 어떤 일들을 해오셨는지 설명해 주십시오.</li> <li>(도 차원의 사업 지원 기간이 한정되어 있는 상황과 관련) 건강새마을 조성사업과 건강위원회가 앞으로 어떻게 될 거라고 생각하십니까?</li> </ul> </li> <li>참여의 이유/동기 <ul style="list-style-type: none"> <li>사업에 참여하면서 개인적으로 보람을 느끼거나 의미를 부여하는 부분이 있다면 어떤 것이 있습니까?</li> </ul> </li> </ol>
사업담당자	<p>(건강위원회 위원들과 1~3.항목에 대해 동일하게 질문하였으며 사업 담당자에 대한 추가 질문은 아래와 같음)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>건강새마을 조성사업은 기존의 보건소에서 진행하던 사업</li> </ul>

	<p>들과 비교했을 때 어떻게 다른 지 말씀해주시기 바랍니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강새마을 조성사업의 어려운 점은 무엇이라고 생각하십니까?</li> <li>• 보건소 내에서 건강새마을 조성사업에 대한 인식과 이해는 어떠하다고 생각하십니까?</li> </ul>
--	---

마지막으로 2018년 1월과 2월 사이 주민참여적 건강 개입에 관여한 경험이 있는 연구자들을 면담했다. 사전에 준비한 반구조화 설문지를 활용해 약 1시간에서 1시간 30분 가량 면담을 진행했다(표8). 연구자 면담에서는 한국의 참여적 건강 개입에 대한 연구자들의 경험과 관점을 파악하고 연구 사례에서 얻은 결과를 비교했다. 연구자 면담은 참여적 건강개입에 대한 연구자들의 관점을 파악함으로써 본 사례를 해석하는 데에 누락된 지식이나 개념이 있는지 확인하기 위한 것이기도 했다.

표 8. 전문가 심층면담 반구조화 설문지

전문가 심층면담 질문
<p>1. 진입 질문</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 주민참여적 건강 개입과 관련된 개인의 경험에 대해서 간략하게 설명해 주시기 바랍니다.</li> </ul>
<p>2. 참여에 대한 관점</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강 개입과 전반적인 공공 정책에서 최근 ‘참여’가 옹호되고 논의되고 있는 이유는 무엇이라고 생각하십니까?</li> </ul>
<p>3. 참여의 목적과 목표</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 본인이 개입했던 참여적 건강개입에서 사업이 달성하고자 했던 궁극적인 목적은 무엇이었습니까?</li> <li>• 건강새마을 조성사업과 같은 주민주도형 지역사회기반 건강 개입들이 현실적으로 어떤 목적과 목표를 설정해야 한다고 생각하십니까?</li> </ul>
<p>4. 건강을 중심으로 하는 참여의 특성</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (다른 참여적 사업들과 비교했을 때) 건강을 중심으로 하는 지역주민 참</li> </ul>

---

여, 조직화는 어떤 특수성을 가진다고 생각하십니까?

---

**5. 참여 불평등**

- 지역에서 주민참여과정 내에 발생하는 불평등과 참여자들 간 권력위계 (젠더, 연령, 사회경제적 수준 등)에 대해서 어떻게 생각하십니까?
- 

**6. 주민참여와 책무이양**

- 참여적 건강증진개입이 지역사회에 대해 건강에 대한 책임을 지우거나, 국가가 해야 할 일들을 떠넘긴다는 비판에 대해 어떻게 생각하십니까?
- 

**7. 향후 참여적 건강 개입의 방향**

- 앞으로 주민참여적 건강 개입이 어떤 방식으로 진행, 제도화되어야 한다고 생각하십니까?
  - 건강 영역에서 적 건강 개입은 어떤 기회와 도전을 앞두고 있다고 생각하십니까?
-

## 5. 자료 분석

연구에서는 직접 관찰과 현장 관찰을 토대로 작성한 관찰일지와 공식 행사에서 녹취한 사업참여자들의 공식 발언, 사업참여자와 외부 전문가에 대한 인터뷰 녹취 내용을 전사하여 분석 대상으로 활용하였다. 사업 참여자에 대한 포커스그룹면담과 현장조사에서 기록한 관찰일지를 반복해서 읽으면서 코딩을 실시했다. 사전에 범주를 결정하지 않은 상태에서 스크립트를 반복적으로 검토하며 코드를 부여하고 이들을 여러 단계에 걸쳐 분류하면서 핵심 범주를 도출하는 상향식 코딩 방법을 이용해 전체 스크립트를 코딩했다. 이후 메모란에 건강새마을 조성사업 평가자료(2014~2017년 4년치)와 경상북도 통합건강증진사업지원단에서 작성한 사업 평가 보고서, 건강새마을 설문조사 결과, 그 외 문헌들을 보조자료로 채택해 각각의 코드와 범주에 상응하는 내용을 코딩표에 배치했다. 이후 사업 내용과 관련된 내용들을 사업이 진행되는 순서에 따라 범주를 나누고, 권력강화적 참여의 지표로 제시한 차원들과 코드표를 비교해 이를 매칭시켰다. 권력강화적 참여의 지표가 되는 각각의 차원들과 참여의 층위를 교차시키고 이들을 구분하여 코딩하였다. <표9>은 질적 분석 과정의 예시이다. 분석에는 질적연구 분석 소프트웨어인 Nvivo 11.0를 활용했다.

표 9. 질적 분석 과정 예시: 참여적 건강개입으로 인한 변화에 대한 질문, 개인 수준의 변화

대범주	중범주	소범주	코드	문서자료	메모
개인 수준의 변화	건강에 대한 의식화	건강관련 교육 참여	심폐소생술 교육 참여	사업평가서, 주민역량강화 교육 내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 연차가 진행됨에 따라 교육이 다양화, 다각화</li> <li>• 지역에 따라 교육 내용 다양화 수준 다름</li> </ul>
			걷는 자세에 대한 교육 참여		
			건강한 식단에 대한 교육 참여		
			혈관튼튼교육 참석과 이수증 수여		
	건강행태에 대한 인식 제고	건강증진활동에 대한 수용성 증가	일상적 운동실천의 중요성을 깨달음	건강새마을 설문조사(2014, 2017)	중증도 이상 신체활동 실천율 22.1%(2014)→23.6%(2016)
			만성질환과 혈압/혈당의 의미에 대한 배움		고혈압 약물치료율 77.4%(2014) → 79.7%(2016); 당뇨 약물치료율 64.4%(2014)→66.7%(2016)
			치솔질과 치아관리의 중요성에 대해 배움		치솔질 실천율 48.3%(2014) → 57.1%(2016)
	참여 활성화	건강증진활동에 대한 수용성 증가	건강증진활동에 참여하는 사람들이 늘어남		
			다른 주민들에게 참여 독려하는 것이 용이해짐		

			자발적으로 참여하는 사람 많아짐		
참여 동기와 의미부여		봉사하는 기쁨과 보람	건강새마을 조성사업 주민 참여 모니터링 보고서(2015; 68, 74~77))	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 참여 계기: 이장/통장, 보건소 직원이나 주민들의 권유, 마을에 대한 책임감</li> <li>• 참여 동력: 경제적 보상과 일에 대한 즐거움, 주민에 대한 애정, 사회적 관계의 확장</li> <li>• 참여가 어려운 이유: 생업에 바쁨, 건강지기 업무 과중</li> </ul>	
		배운 것을 돌려준다는 마음			
		지역을 변화시키고 선도한다는 자부심			
		임무를 맡은 책임감			
		생명을 구한다는 보람			
새로운 기회	익힌 지식을 활용함	체조와 스트레칭을 노년 주민들에게 교육함	참여관찰일지 (C 지역, K 지역)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 노년 교육들에게 직접 서비스를 제공하는 건강리더조직의 활동 관찰함. 보람도 있지만 활동이 부담스러운 사람도 있음, 보건소와 주민 지도자들의 지지가 중요함</li> </ul>	
		혈압과 혈당을 직접 측정하고 대처			
		지역의 건강 문제와 사업에 대해 직접 조사하고 발표	참여관찰일지 (심포지움, 성과대회, 선진지 견학 행사,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강위원회위원장, 특정 지역의 건강지기 등 두드러지는 주민 지도자 존재</li> <li>• 일부 주민 지도자들의 과대대표되는 경향</li> </ul>	

				농촌의학회 연수교육)	
	대표로 사회적 역할(임무) 맡음	면 단위 행사(경연대회) 참석 조직이 만들어지고 대표(회장)를 맡음		참여관찰일지 (건강새마을 워크샵, 심포지움, 성과대회)	
	강사로 취업	사업 계기로 개별적으로 자격증 취득하고 지역에서 강사로 활동하면서 수익 창출			
개인적 효능감	건강증진활동으로 인한 만족감	시골의 삶도 도시 못지 않다고 자랑(자식에게)	건강새마을 조성사업 주민 참여 모니터링 보고서(2015; 84; 88~92)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 마을의 변화에 대한 체감도(지역 주민): 자발적 건강행태 실천, 마을단위 프로그램 운영, 건강에 대한 관심, 바람직한 건강행태의 규범화, 마을이나 이웃에 대한 관심</li><li>• 마을의 변화에 대한 체감도(마을건강지기): 마을 주민 간 유대 강화, 건강 행태에 대한 인식</li></ul>	
		교육받은 지식을 실생활에 적용하면서 얻는 보람			
		건강 활동을 계기로 형성된 관계에 대한 감사함			
	건강 인식 향상	건강을 스스로 돌볼 수 있다는 인식			



			저염' 등 건강과 관련된 개념을 취약한 주민들이 알게되었다는 인식		개선과 실천, 신체적 건강의 개선, 정신적 건강의 개선 • 주민들의 변화에 대한 체감도(보건소 담당자): 자발적 건강행태 실천, 건강에 대한 관심, 주민들의 주인의식과 책임감, 마을의 사회적 유대 강화
		개선에 대한 기대	건강 실천을 통해 자신과 이웃들이 건강해졌다는 인식		
			건강지표들이 좋아졌을 것이라는 예상		
	사회적 효능감	사회적 인정	건강리더 활동에 대한 고마움		
			지역 어르신들의 환대		
			군이나 도에서 활동에 대한 표창-인정	신문기사(건강새마을 조성사업 관련 표창, 수상 등)	• 보건소 담당자 면담: 누가 군수 표창을 받는 것이 절절한 것인지에 대한 주민 사이에 의견불일치로 있었음. 오랫동안 기여한 사람이 받을 것인지 최근 활동을 시작했지만 적극적인 사람이 받을 것인지를 두고 갈등.

## 6.연구의 신뢰성 및 타당성

연구는 현장조사를 통해 수집한 1차 자료를 주요 분석원으로 삼고 있으며, 질적연구 조사와 결과의 신뢰성과 타당성을 확보하기 다음과 같은 전략을 채택했다. 먼저 자료 조사 과정에서 동료 연구자 1인과 동행하면서 파악한 내용을 서로 점검하고, 연구자가 작성한 현장조사일지를 동료 연구자가 읽고 이에 대한 의견을 제시하여 1인 연구자가 범할 수 있는 편향된 판단을 방지하기 위해 노력했다. 인터뷰와 참여관찰에서 관찰한 내용에 대해 동일한 사건에 대한 정보를 주는 다수의 자료를 활용하여 이를 삼각화했다. 분석을 진행하는 동안 지속적으로 일부 인터뷰 참여자들과 개별 연락을 취하면서 정보를 주고받으면서 사례에 대한 연구자의 해석을 변경해야할 만한 사건이 발생하지 않는지에 대해서 확인하고자 하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 연구사례: 경상북도의 건강새마을 조성사업

#### 1) 사업의 맥락

경상북도의 건강새마을 조성사업(이후 사업)은 경상북도 내 건강취약지역에서 주민들이 주체가 되어 지역의 건강 문제를 개선해 나가는 민·관 협력형 사업이다. 사업은 전국과 비교하였을 때에 경상북도의 사망률과 유병률이 높고, 경상북도 내에서도 건강 격차가 크다는 조사 결과를 발표하며 시작되었다(그림 10, 11).

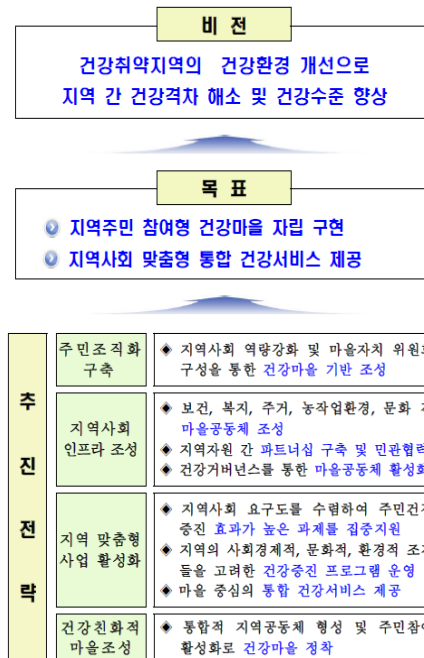
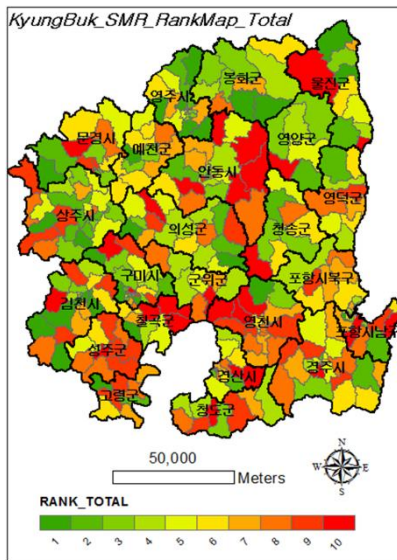


그림 10. 경상북도 우리마을 건강지도    그림 11. 사업의 비전과 전략  
 (자료원: 경상북도, 우리마을 건강지도 설명자료 6p. & 37p. 2013.11.28.)

문제 제기는 연구자들로부터 시작되었다. 경상북도 통합건강증진지원단

소속 연구자들은 2008~20103년간 경상북도 23개 시군과 331개 읍면동(36읍, 202면, 93동)에 대한 표준화 사망률을 도출하고 이 중 표준화 사망률이 높은 상위 50개 읍면동을 뽑아 이들의 리스트를 만들고 이를 지도로 만들어 제시했다. 한국에서 지방자치단체가 이런 종류의 정보를 직접 공개하는 경우는 흔하지 않다. 그러나 경상북도는 이례적으로 이를 공개하고 이에 대한 대응을 위한 사업 계획을 세우기로 했다. 2013년 11월 “우리마을 건강지도 설명회”에서 경상북도 부도지사<sup>⑩</sup>는 경상북도 331개 읍면동의 표준화사망률과 23개 시·군의 건강행태, 이환, 의료 이용, 자살률 정보를 공개했다. 경상북도 통합건강증진사업지원단(이후 지원단) 누리집(<http://ilovegb.kr/>)에 전체 행정구역의 표준화사망률과 건강취약인구비율, 건강행태지표를 열람할 수 있도록 시스템을 구축했다.

경상북도는 이 사업을 2010년에 제정한 경상북도 건강도시 기본 조례<sup>⑪</sup>와 2013년 3개 보건소를 선정해 진행한 건강친화적 마을만들기 사업과 연속선상에 있는 것으로 발표했다. 사업은 건강취약지역의 낮은 건강 수준을 해결하기 위한 방안으로 제시한다. 주민을 조직화하고 이들의 역량이 향상되면 지역 조직들 간 연계가 강화되고 지역 간 건강격차를 해결할 수 있으리라고 기대한다.

건강취약지역은 읍면동 수준의 표준화 사망률, 건강 행태(흡연율, 음주율, 신체활동 실천율, 비만율, 고혈압과 당뇨 치료율), 자살률 지표와 지역의 보

---

<sup>⑩</sup> 2013년 당시 경상북도 부도지사에 재직 중이던 주낙영은 1985년 행시를 합격해 경상북도 기획관, 상주부시장, 경제통상실장, 자치행정국장을 거쳐 2006년 행정자치부 균형정책관, 17대 대통령직 인수위 실무위원, 대통령실 선임행정관, 뉴욕 부총영사, 안전행정부 제도정책관 등을 거쳐 2013년 4월부터 2015년 8월까지 경상북도 부도지사를 지냈다. 2018년 민선 7기 경주시장으로 당선된 그는 뉴욕 부총영사 시절 지역 간 건강 격차에 대한 뉴욕 시의 보건사업을 접한 적이 있고, 빅데이터를 활용해 정책 목표를 정하고 읍면동 수준에서 개입하는 건강새마을 조성사업의 기획이 “정부 3.0” 기획 안에 포괄될 수 있는 사업이라고 보고 이를 승인하였다고 한다(2018.11.20. 사업 자문 연구자와 개인적 의사소통).

<sup>⑪</sup> 조례 제3184호(2010년 4월 29일 제정)

건의료취약계층 비율과 보건의료인프라를 기준으로 설정되었다. 시군 보건소는 위의 지표들을 토대로 관할지역의 건강격차를 확인하고 지표가 열악한 지역을 우선적으로 지역주민 참여형 건강마을사업지로 지정했다. 사업은 주민 조직화, 지역사회 인프라 조성, 지역맞춤형 사업 활성화, 건강친화형 마을 조성을 주요 전략으로 소개했다(그림 13).

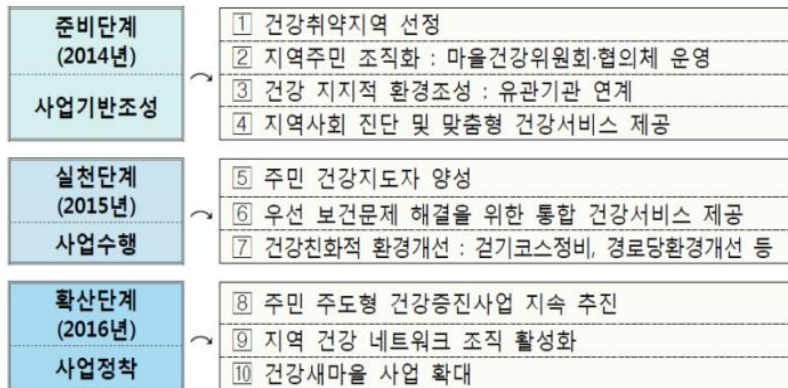


그림 12 건강새마을 조성사업 단계별 추진 로드맵(3년 사업 기준)

(자료원: 경상북도, 우리마을 건강지도 설명자료 43p, 2013.11.28.)

사업은 3년을 주기로 시작되었고, 반드시 제시된 단계별로 사업이 진행되는 않았으나 매년 달성해야 할 목표들이 매뉴얼의 형태로 제시되었다. 사업 첫 해인 2014년은 사업기반조성단계로 건강취약지역을 선정하고 지역에서 마을건강위원회를 구성하며 지역사회의 건강요구를 진단하여 이에 따른 맞춤형 건강서비스를 제공하는 것을 목표로 했다. 사업 2년차인 2015년은 본격적인 실천 단계로 주민 건강지도자를 양성하고, 주민들이 주체가 되어 마을에서 건강친화적 환경을 조성하고 각 지역에서 맞춤형 통합 건강 서비스를 제공하는 것이 목표였다. 3년차에는 주민주도형 건강증진 활동을 지속 하면서 지역의 건강 네트워크 조직을 활성화하고, 건강새마을 사업을 점진적으로 확대하는 것이 목표였다(그림12).

연번	시·군명		대상	인구(명)		65세 이상 노인수	
				전체	대상마을	전체	대상마을
1	포항시	남구	청림동	524,093	6,777	58,785	911
2		북구	기북면		1,304		550
3	경주시		황남동	270,493	7,128	44,536	1,906
4	김천시		대덕면	136,858	2,461	26,393	886
5	안동시		남후면	169,904	2,192	32,561	861
6	구미시(선산)		도개면	425,388	2,582	28,059	885
7	영주시		안정면	113,417	3,480	22,780	1,138
8	상주시		모서면	104,170	2,806	26,432	914
9	문경시		마성면	76,245	3,966	18,004	1,456
10	군위군		산성면	24,681	1,309	8,176	581
11	의성군		옥산면	56,636	2,065	19,239	738
12	청송군		현서면	26,707	2,573	8,189	878
13	영양군		입암면	18,491	2,337	5,740	873
14	영덕군		축산면	40,743	3,238	12,417	1,104
15	청도군		각남면	44,510	2,311	13,174	850
16	고령군		우곡면	36,776	1,935	8,364	704
17	성주군		대가면	46,421	2,555	11,364	828
18	칠곡군		석적읍	124,830	31,954	14,385	1,194
19	예천군		감천면	45,985	3,007	14,383	1,168
20	울진군		원남면	53,013	2,441	12,449	1,023

그림 13 경상북도 건강새마을 조성사업의 대상지역

(자료원: 경북행복재단, 2016)

2014년 2월, 건강새마을 조성사업지역 선정을 위한 사업지침 설명회가 열렸다. 각 보건소는 3년(2008~2010년) 동안의 표준화사망률과 5년(2008~2012년) 동안의 건강행태<sup>⑩</sup>, 해당 지역의 건강취약인구비율<sup>⑪</sup>을 기준으로 관할 지역 내 후보지를 선정하고, ‘건강취약지역’으로 선정된 지역 중 주민 참여 가능성과 행정 기관 자원을 고려해 사업지를 선정했다. 이에 따라 2014년부터 경상북도의 19개 시군 20개 읍면동에서 건강새마을 조성사업을 시작하게 되었다(그림 13).

⑩ 지역사회건강조사를 통해 수집한 현재 흡연율, 고위험음주율, 점심식사 후 칫솔질 실천율, 비만율, 걷기실천율, 중등도 이상 신체활동실천율, 저염선택도가 포함

⑪ 전체 인구 대비 기초생활수급자, 등록장애인, 65세 이상 인구, 다문화가구 비율이 포함



그림 14 건강새마을 조성사업의 사업운영 체계도

(경상북도, 2017년 건강새마을 조성사업 지침서, 37p. 2017.)

보건소는 건강새마을 사업을 전담할 담당자를 배치하고, 사업 지원을 위한 사업지원팀을 구성·운영했다. 사업 진행에 포함된 여러 행사와 활동을 기획하고 주민들의 의견을 수렴해 이를 조정하면서 의사결정과정에 점차 주민들이 더 많이 개입할 수 있도록 하는 역할을 맡았다. 보건소 담당자들은 사업에 진행 현황을 시·군·구와 경상북도에 보고하고 지원단이 제공하는 건강마을 사업과 관련된 역량강화 교육을 받았다. 주민 조직화를 담당할 사람으로 지역 주민 중 건강 코디네이터를 선발하는 강원도나 부산의 방식과 달리 이 사업에서 핵심적인 초기 주체는 보건소의 정규직 담당자였다. 건강증진 활동에는 보건소 비정규직 인력을 활용한다고 하더라도 사업을 구성하고 지원단이 제공하는 교육이나 워크샵에 참석하며 사업 기안과 보고서를 작성하는 역할을 정규직 직원이 맡았다.

읍면동 사무소도 사업에서 중요한 행위자로 설정되었다. 읍면동 사무소는 주민들의 필요에 따라 건강 친화적 환경 조성에 대한 예산과 행정적 지원을 제공했다. 보건소가 해결하기 어려운 지역의 문제를 해결하기 위해 자원을 동원하고 연계하는 데에는 읍면동 사무소가 핵심적인 역할을 하게 되었다.

의과대학과 간호대학 등에 소속된 자문 연구자들로 이루어진 경상북도 통합건강증진사업지원단은 지역에서 사업을 도입하는데에 주도적인 역할을 맡았다. 지원단은 사업 지역 별로 지원 교수를 배정했고, 각 교수들은 도와 시군구, 보건소, 건강위원회 등의 요청에 따라 지역을 방문하고 필요한 자문을 제공했다(그림 14).

사업을 도입하던 2014년 사업의 총 예산은 3년 동안 24억 원(도비 7억 2천만원, 시군비 16억 8천만원)이 책정되었다. 사업 첫 해인 2014년 투입된 예산은 8억 원(도비 2억 4천만원, 시군비 5억 6천만원)으로 각 지역별로 4,000만원의 예산이 배정되었다. 이후 사업 기간이 연장되고 예산도 일부 증액되면서 2014년부터 2018년까지 사업은 총 52억 원(2015년 10억 원, 2016년 12억 원, 2017년 10억 원, 2018년 12억 원)의 예산을 지출했다.

2016년 말 경상북도와 주민들은 사업 기간을 3년에서 5년으로 연장했다. 초기 싹가했던 20개 지역 중 1개 지역이 사업을 중단하고 새로 8개 지역이 2017년 사업을 시작해 현장조사가 이루어진 2017년 사업 지역은 총 27개였다. 2018년 경상북도는 2014년 사업을 시작한 19개 지역에 사업 기간을 10년으로 늘릴지 여부에 대해서 결정하게 하였으며 그 결과 8개 지역이 사업 중단을 결정했다. 2019년 새롭게 사업이 시작되는 지역은 13개 지역이다.

## 2) 하위 분석단위 별 특성

이 연구는 경상북도 건강새마을 조성사업을 하나의 사례로, 개별 사업이 실행된 읍면동 단위를 하위 분석단위로 설정했다. 따라서 2014년 사업을 시작했던 20개 지역과 2017년 사업을 시작한 8개 지역 전체를 연구 대상으로 보고 조사를 실시했다. 2017년 기준 27개 사업지역 전역의 주민들이 참석하는 워크숍, 심포지움 등 행사에서 사업 전반에 대한 정보를 파악하고, 일부 지역에 방문해 주민들의 활동을 관찰하고 면담을 실시했다. 하위 사업 단위에 대한 자료조사는 주로 권력관계 변화가 확인될 가능성이 높은 지역을 중



심으로 조사가 이루어졌다.

사업 지역 중 다수가 농촌 지역으로 사업에 참여하는 주민들도 농업에 종사하고 있었고, 일부는 농어촌지역과 도농복합지역으로 이와 같은 경제구조 차이는 사업 진행 방향에도 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 연구에서 조사한 지역 간 특성과 자료조사방법은 아래와 같다(표10).

표 10. 관찰한 사업 지역 특성

지역	지역 특성	자료조사
A 지역	도시 지역, 여성중심 건강위원회 구성	초점집단면접
B 지역	도시 지역, 2014~2016년 사업 후 중단	면담, 직접관찰
C 지역	농촌 지역, 건강리더조직 조직화	초점집단면접, 면담, 직접관찰
D 지역	농어촌 지역, 고령화율 가장 높음	초점집단면접
E 지역	도농복합 지역, 건강동아리 활성화	초점집단면접, 면담, 직접관찰
F 지역	농촌 지역, 보건소 주도 사업 진행	초점집단면접, 직접관찰
G 지역	농촌 지역,	초점집단면접
H 지역	도농복합 지역, 2017년 사업 시작	초점집단면접, 면담, 직접관찰
I 지역	농촌 지역, 2018년 리더십 교체	초점집단면접, 면담, 직접관찰, 참여관찰
J 지역	농촌 지역, 여성 건강지기 역할 활발	초점집단면접
K 지역	농촌 지역, 건강리더조직 조직화	초점집단면접, 면담, 직접관찰
L 지역	농어촌 지역, 2017년 리더십 교체	초점집단면접, 면담, 직접관찰
M 지역	농촌 지역, 보건소 주도 사업 진행	면담
N 지역	농촌 지역, 조직화 수준 중간	면담

### 3) 연구자의 입장

연구자는 건강새마을 조성사업이 주민들에게 이전에는 존재하지 않았던 참여의 공간을 제공하였으며, 사례에서 관찰되는 여러 행위자 간의 상호작용을 살펴봄으로써 권력강화의 과정을 관찰할 수 있을 것이라는 가정하에 현장을 방문하고 정보를 수집했다. 특히 건강 영역에서 참여가 외부에서 부과한 목표를 달성하기 위한 수단적 가치보다는 주민들의 권력강화에 기여해야 한다는 내재적 가치에 초점을 맞추고 이를 권력강화적 참여로 개념화한 입장에서 사람들 사이의 관계와 조직의 변화, 지역 주민과 보건소의 관계, 주민과 담당자가 사업을 서술하는 방식 등에 관심을 가지고 대화를 나누었다. 사업에서 주민들이 어떻게 조직화되고 어떤 경험을 하였는지, 시간이 흐름에 따라 사업에 대해서 가지는 입장은 어떻게 변화했는지를 파악하고자 했다.

경상북도 내 건강 격차를 줄이고 ‘건강취약지역’으로 선정된 사업지역 주민들의 건강 수준을 향상하고자 하는 이 사업이 반드시 주민들의 권력강화를 목적으로 할 것이라고 전제하지는 않았다. 열린 관점에서 사업과 관련해 일반 주민과 주민 대표, 보건소 담당자, 자문 연구진의 경험, 관점이 서로 다를 것임을 고려하면서 동일한 현상에 대한 다양한 관점을 수집하고자 했다. 현장조사를 통해 얻은 자료들을 문서 등에서 파악한 자료와 비교하며 지역사회의 권력강화의 수준을 가늠하기 위해 노력했다. 또한 연구자의 관점이 반드시 사업과 관련된 내부자들의 입장과 다를 수 있음을 인지한 상태에서 차이에 주목하고, 현상을 해석했기에 내부적 접근(-emic)보다는 외부적 접근(-etic)에서 조사와 분석이 수행되었다고 할 수 있다.

건강새마을 조성사업에 대한 정보를 수집하는 과정에서 연구자의 입장과 위치는 현장에서 정보를 수집하고 이를 종합, 분석하는 전 과정에 영향을 미쳤다. 경상북도 주민들과 사업관계자들에게 연구자는 사업의 내용을 관찰하고 평가할 것을 목적으로 지역을 방문한 ‘외부자’였으며, 지역에 혼치 않

은 30대 여성이었기에 한 눈에 외지에서 온 사람으로 구별되었다. 평생 도시 생활을 했기에 경상북도 시골 지역에서 관찰되는 일상적인 사안들(농사, 지역 내 다양한 민간조직과 이들의 활동, 이장선출방식, 리지역의 인구구성과 주민들 사이의 관계 등)에 대한 이해도가 낮았고, 주민들이 자연스럽게 여기는 위계적 관계(예. 젠더)에 대한 관점이 달랐다. 따라서 연구자는 종종 주민들이 설명할 필요를 느끼지 못하는 것들에 대한 질문을 하게 되었다.

연구자의 위치와 특성은 연구자와 연구참여자들의 관계를 설정하는 데에도 영향을 미쳤다. 일례로 초기 현장 방문이 이루어졌던 건강새마을 조성사업 워크숍(2017.06.14. 안동 그랜드호텔)에서 도청관계자와 경상북도 통합건강증진지원단 단장은 워크숍에 참석한 주민들에게 연구자를 ‘서울에서 이 사업을 연구하기 위해 멀리 이 곳까지 방문한 연구자’로 소개했다. 다른 지역에서도 연구자의 방문은 종종 건강새마을 조성사업이 이를 관찰하기 위해 외부인이 방문을 할 정도로 유의미한 성과를 내고 있음에 대한 입증처럼 배치됐다(글상자 1).

#### 글상자 1. 사업에 대한 외부 연구자들의 관심이 배치되는 방식

건강위원회협의체 위원장(남성): 얼마 전에 보니까 서울대학병원\*에서 건강 마을을 연구하는 팀이 생겨가지고 직접 저희들을 찾아왔습니다. 우리가 건강 마을을 위해서 취재를 하고 연구를 하고 하니 협조를 좀 해달라식으로 해서 인터뷰를 하고 조사를 했습니다. 그러더니만 2주 되었습니까? 고려대학교에서 연구를 한다면서 찾아왔었습니다. 그래서 우리가 하고 있는 이 건강마을 사업, 이것을 지금 전국적으로 확대하려고 하고 있는 것을 느끼고 있습니다. 그러니까 우리 경상북도가 아마 이 건강 마을의 모델이 되어 가지고 전국적으로 확산이 될 것이다, 이런 느낌을 받고 있습니다. 엄청나게 큰 일을 하고 있다는 자부심을 가지고, 건강 새마을 사업에 같이 참여하고 있습니다.

\* 연구자의 소속을 착각한 것으로 보임

도와 지원단은 연구자가 사업에서 진행하는 각종 행사에 참석할 수 있도록 배려해 주었다. 현장 방문에서 보건소 담당자 및 건강위원들을 만나 인터뷰를 할 수 있도록 본 연구의 취지를 설명하고 협조를 구하는 공문이 각 지역에 발송되었으며, 보건소 담당자들은 종종 ‘공문’을 언급하며 연구자를 소개했다. 경상북도와 자문연구진의 협조는 연구자가 각 지역을 방문해 사업 현장을 관찰하는 데에 필요한 것이었지만 이는 동시에 연구자의 관찰 범위를 제약하는 것이기도 했다. ‘외부 관찰자’로 연구자의 위치는 주민들이 사업의 부정적이고 실패한 면 보다는 긍정적인 효과와 성과를 적극적으로 소개하게 했을 가능성이 있다. 보건소 사업 담당자가 건강위원회 위원들과 함께 식사를 하는 자리에서 연구자를 도청에서 보낸 ‘암행어사’라고 소개하면서 좋은 모습을 보여줄 수 있도록 노력하자고 했던 사건은 마을에서 연구자가 어떤 위치로 받아들여졌는지를 보여준다.

연구자의 외부자적 위치로 인해 사업참여자들이 연구자에게 본 사업의 성과를 먼저 이야기하는 경향이 있었지만 그렇다고 문제를 무조건 숨기는 것은 아니었다. 대화를 진행함에 따라 사업 진행 과정에서 발생한 문제점이나 갈등을 파악할 수 있었고, 종종 주민들은 연구자에게 ‘도청에 이런 의견을 전달해달라’고 호소하기도 했다. 인터뷰 외에도 관찰을 중요한 조사 방법으로 삼았기에 연구참여자들이 말하거나 설명하지 않았지만 파악할 수 있는 상황들도 있었다. 따라서 연구에서는 연구자가 주민들과 형성하는 관계가 주민들의 행동이나 인터뷰에 영향을 미칠 수 있음을 감안하면서 주민들의 활동과 변화를 이해하고 설명하기 위한 노력을 기울였다.

## 2. 사업 구성요소와 투입

건강새마을 조성사업은 지역사회 주민들이 주체가 되어 직접 문제를 해결하기를 기대하지만 이는 여전히 지방정부 자원과 의지에 의해 집행되는 ‘사업’이다. 이 소절에서는 사업 주체인 지방정부와 이를 집행하고 책임지는 보건소의 입장에서 사업의 구성요소와 투입을 기술한다. 따라서 이 소절의 내용은 보건소 담당자들에게 배포된 사업 지침서와 경상북도 행복재단이 작성한 사업 보고서, 각 사업지역 보건소 담당자들이 매년 연말 제출하는 사업 평가자료 등을 토대로 사업의 구성요소를 사업진행순서에 따라 제시한다.

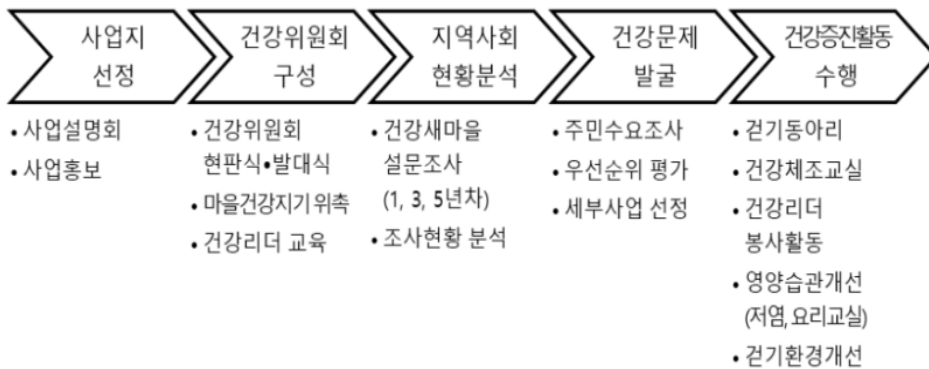


그림 15. 건강새마을 조성사업의 주요 활동 내용 요약

(경상북도의 2017년 건강새마을 조성사업 지침서를 참고로 재구성)

### 1) 사업지 선정

사업지 선정을 위해 경상북도가 제시한 기준은 표준화사망률과 건강행태, 건강취약인구비율 3가지 항목이다. 실제 사업지역 선정에는 각 지역에서 주민참여 가능성과 자원을 고려해서 지역을 선정했다. 지역에 따라 사업 담당자들은 사업선정과정에서 지역의 참여역량을 파악해 사업지 선정에 반영했다.

일례로 A지역에서는 객관적 건강지표가 취약한 지역 3군대를 선정하고 각 지역에서 사업설명회를 열어 이·통장이나 동·면사무소장 등 주민대표들의 의견을 물었다. 이 중 건강지표가 가장 취약했던 지역에서 주민들이 자신들이 직접 참여하여 주도하는 활동을 하기 어려울 것이라는 의견을 제시하자 보건소는 기존에 주민참여형 건강마을에 대한 교육을 받은 경험이 있고 사업 참여 의지가 있다고 밝힌 건강지표가 세 번째로 나쁜 지역을 사업지로 선택했다. 보건소와 지역 대표의 사전 협의는 이후 사업을 진행하는 과정을 원활하게 만들었다. A지역 주민들은 동장님이 사업을 ‘따온 것’이라고 알고 있었으며, 동장은 사업을 하기로 선택했다는 데에 대해 책임을 지기 위해 초기 주민 조직에 협조적인 태도를 보였다. 사업선택과정에서 지역의 참여 의지를 고려하는 것은 종종 보건소의 자원이 사업지로 집중되는 것에 대한 다른 지역의 불만에 대응할 수 있는 논리가 되기도 했다(초점집단면접, A지역).

다년간 사업이 진행됨에 따라 보건소 담당자들은 지역사회 참여역량의 중요성을 인식하게 되었다. 한 담당자는 건강지표가 가장 취약한 것으로 나타난 지역을 무작정 개입 대상으로 선정하기보다 가능성이 있는 후보 지역을 선정하여 참여 의향과 주민 역량을 확인하고 사업에 적합한 지역을 결정하는 것이 좋겠다고 의견을 피력했다(글상자 2).

#### 글상자 2. 지역선정에 대한 담당자 의견: 참여역량과 동의의 중요성

B 보건소 팀장(여성): X지역은 도에서 새마을사업을 해야한다고 하니까 사망률이라던가 이 부분을 분석해서 거기가 제일 나쁘니까 거기 가서 이 사업을 해야 됩니다, 설명을 해서 ‘아 그런가 그럼 하자’ 해서 (사업이 시작되었는데) 어떨 때는 환영한다는 의미도 있었지만 사실 이게 환영할 일은 아니잖아요? 그래서 보건소가 주도해서 사업을 끌고 온 상황이고 ... (중략) ... Y지역은 X지역 바로 옆 동네입니다. 여기는 하루 저녁에 주민 50명의 동의서를 받아서 신청을 했습니다. ... (중략) ... 제일 중요한 건 보

건소가 지역의 역량강화 교육을 하지만 그 전에 이미 역량을 가지고 있는 인재를 찾아내는 것이 가장 중요하다고 생각을 하거든요. 그래야 지속적으로 갈 수가 있다고 봅니다.

- 건강새마을 조성사업 확산전략 심포지움(2017.12.28)

## 2) 사업의 시작

사업지 선정 후 보건소는 지역 주민을 초청해 사업 설명회를 개최하고 현수막을 걸었다. 사업 홍보에 지역 언론매체와 소식지, 홍보 전광판, 포스터 등을 활용하도록 했다(사업지침서). 사업 첫 해에는 지역주민과 유지들이 참석하여 사업시작을 선포하는 건강위원회 발대식 행사가 열렸다. 발대식 행사에는 군수, 군의원, 시도의 고위관료 등 지역의 유력한 정치인과 관료들이 참석해 공식적으로 건강위원에게 위촉장을 수여했다. 발대식에는 자문교수도 참석해 지역의 건강현황을 전국, 경상북도와 비교해 설명하고 사업의 필요성을 제시했다.

연구자가 참석한 영천시 신녕면의 건강새마을 조성사업 발대식의 모습을 살펴보자(참여관찰일지, 2017.08.28.). 행사는 2017년 8월 28일 경상북도 영천시 신녕면 공설시장에서 열렸다. 공설시장에 설치된 무대를 중심으로 지역주민 500명(신녕면 보건소 보도자료 기준)이 참석한 가운데 영천시 부시장과 경상북도 행정부도지사가 축사를 건넸다. 이어서 영천시 보건소장과 건강위원장이 차례로 단상에 올라 사업에 대한 포부를 밝혔다. 자리에는 부시장과 행정부도지사 외에도 영천 출신 도의원, 시의원 2인, 시장 대리(시장 부인), 신녕면 파출소장, 농협조합장, 의용소방대장, 노인회장, 새마을부녀회장, 청년회장이 참석했다. 지역 민간 단체인 자유총연맹, 바르게살기위원회, 건강위원회 위원장, 지역 기업에서 보낸 화환이 무대 양 옆에 설치됐다. 신녕면 자문교수도 참석해 2017년 실시된 새마을 건강조사 설문 결과를 설명했다. 이는 주로 신녕면의 사망률과 건강행태를 영천시/경상북도와 비교하는

내용이었다.



신녕면 건강위원 위촉



귀빈기념촬영



축하 화환



행사참여자

그림 16. 영천시 신녕면 건강위원회 발대식 현장

(2017.08.28. 연구자 촬영 사진)

발대식을 위해 주민들이 참여를 독려하는 모습도 확인할 수 있었다. 발대식이 열리기 약 3 시간 전 읍내 시장 진입로에서 한 중년 여성은 양복을 입은 중년 남성과 인사하며 오늘 발대식에 참석할 것인지를 확인했다. 행사 시작이 2시간 이상 남은 시간에 공설시장에 설치된 행사장에 앉아있던 노년 여성의 경우 행사명이나 취지에 대해서 잘 알지 못했다. 그는 읍내까지 차



로 약 20여분 걸리는 마을에 살고 있는데, 자신이 사는 마을에서 읍내에 행사가 있다는 홍보 방송을 여러 번 들었고, 마을에서 읍내로 나가는 다른 주민의 차가 있어서 이를 얻어 타고 읍내까지 이동했다고 말했다.

영천시 보건소는 발대식 행사에 대해 지역 언론들에 보도자료를 제공했다. 일부지역 언론은 행사에 참석해 발대식을 취재하였으며 이후 이를 지역 인터넷 언론에서 확인할 수 있었다(표 11).

**표 11. 영천시 신녕면 건강새마을위원회 발대식 관련 보도**

매체	기사 제목(날짜)	URL
경북도민일보	영천시 경북도 건강새마을 조성사업 발대식 - 신녕면, 올해 신규사업지역 선정(2017.08.29)	<a href="http://bit.ly/2CQePfZ">http://bit.ly/2CQePfZ</a>
경북일보	영천 신녕면 건강새마을 조성사업 발족 (2017.08.29)	<a href="http://bit.ly/2CRjb6p">http://bit.ly/2CRjb6p</a>
경북동부신문	김장주 경상북도 행정부지사 신녕면 건강새마을 조성사업 발대식 참석(2017.08.30)	<a href="http://bit.ly/2COWG28">http://bit.ly/2COWG28</a>
경북일보	영천 신녕면 건강새마을 조성사업 발족 (2017.08.29)	<a href="http://bit.ly/2CRjb6p">http://bit.ly/2CRjb6p</a>
경상매일신문	영천 신녕면 ‘건강새마을’ 향한 첫걸음- 경북도, 건강새마을 조성사업 발대식, 걷기코스 개발 등 주민 직접 디자인(2017.08.29)	<a href="http://bit.ly/2CPx0T4">http://bit.ly/2CPx0T4</a>
다경데일리 뉴스	영천시 신녕면 건강새마을 조성사업 발대식 개최(2017.08.28)	<a href="http://bit.ly/2CQ01Oq">http://bit.ly/2CQ01Oq</a>
BBS 뉴스	영천 신녕면 ‘건강새마을 조성사업’ 본격 추진 (2017.08.28)	<a href="http://bit.ly/2CQdHJh">http://bit.ly/2CQdHJh</a>
영천뉴스24	영천, 신녕면 건강새마을 조성사업 발대식 개최 - 지역간 건강격차 해소 위한 맞춤형 통합 서비스 제공(2017.08.29)	<a href="http://bit.ly/2CQiHNY">http://bit.ly/2CQiHNY</a>
한국신문	NGO 경북도, 건강새마을조성사업 본격 추진! (2017.08.29)	<a href="http://bit.ly/2CQwlRa">http://bit.ly/2CQwlRa</a>
중앙일보 안동	경북서 ‘건강 새마을 운동’ 활발하게 전개 (2017.08.28)	<a href="http://bit.ly/2CPAWmV">http://bit.ly/2CPAWmV</a>

### 3) 주민조직 구성

2014년 사업 시작 단계에서 건강위원회 구성은 보건소 담당자의 몫이었다. 1년차 사업이 진행된 2014년사업 지역 20개 모두에서 이·통장단과 부녀회장이 주축을 이루는 건강위원회가 발족했다(2014년 사업평가보고서). 보건소 담당자가 주민 대표들을 모아 건강위원회를 구성하게 되면서 기존에 다양한 사회적 역할(이장협의회, 개발자문위원회, 새마을지도자회, 새마을부녀회, 자유총연맹, 체육회, 자율방범대 활동 등)을 담당하는 이들이 참석했다. 지역에 따라 보건의료기관의 의료인(공중보건 의사, 보건진료소장, 민간병원 이사장 등)이나 전직 정치인(시의원, 군의원 등)이 건강위원으로 참여했다. 당연직 건강의원으로 면사무소 담당자나 면장, 보건소장 등이 포함되는 경우도 있었다(글상자 3).

#### 글상자 3. 건강위원회 구성

D지역 건강위원(남성): 이게 최초로 발족이 될 때도 거의 그 이제 마을을 대표하는 사람들이 이장이지. 이장분들이란 말예요. 그래서 이장 분들이 그 건강위원회를 구성을 하고 그리고 보건소에서도 마을을 대표하는 사람이, 마을 어르신들을 가장 잘 알고 또 회관에서 이제 자주 접하고 그 리드할 수 있는 분들이 마을 이장이다 보니까 건강위원회가 처음부터 마을이장을 주축으로 이렇게 구성이 됐어요, 거기에 보조로 이제 부녀회, 각 마을의 이제 부녀위원들이나 부녀회장들이 같이 위원회로 이렇게 발족이 되어 가지고 그래야만이 각 마을의 어떤 구성이 잘 이루어지고 어르신들을 무엇보다도 리드도 하고 또 뭐 우리가 뭐 회의를 가진다던가 하는.

- 초점집단면접, D지역

당연직 위원을 제외하였을 때 2017년 기준 사업 4년차가 되는 19개 지역

에서 건강위원회 위원 수는 평균 22.4인(최소 15인에서 최대 41인, 사업지역 내에서 4개 소지역별로 각각 건강위원회를 구성한 칠곡군 석적읍의 경우 건강위원 60인)으로 각 건강위원회 평균 연령은 59.4세(최연소 지역 51.1세, 최고령 지역 66.7세)였다. 19개 지역 중 4개 지역에서 건강위원회의 여성 비율이 과반을 넘었으며, 이 지역을 제외한 모든 지역에서 남성 건강위원의 비율이 높았다. 19개 건강위원회에서 여성이 차지하는 비율은 약 34%(여성 건강위원 136명, 남성 건강위원 263명; 이는 건강위원의 성별을 명시하지 않은 1개 지역을 제외한 숫자임)였다.

건강위원회의 운영을 주도하는 건강위원회 위원장, 부위원장, 감사 등 조직 대표단이 조직되었으며, 지역에 따라 건강위원회는 활동을 위한 하부 조직을 구성하기도 했다. 2017년 사업을 시작한 신규지역 8개 지역에서 건강위원회 위원 수는 평균 21.1인(최소 14인, 최대 25인)이었으며 평균 연령은 평균 60.6세(최연소 지역 평균 45.4세, 최고령 지역 평균 60.6명)이었다. 8개 신규지역의 경우 건강위원회에서 여성이 차지하는 비율이 평균 45.4%로 기존 지역들에 비해 여성 건강위원 비율이 높았다.

건강위원회에는 전·현직 기초자치단체 의원이나 공무원으로 일하다 은퇴한 주민들이 포함되어 있는 경우가 많았다. 기존에 지역의 공적 업무를 담당하던 주민들은 보건소나 면사무소 등 관료 조직이 운영되는 방식에 대해서 잘 알고 있을 뿐만 아니라 지역 내 다른 유력자들과 학연 등으로 친분을 가지고 있었다. 특히 이전에 지방 의회에서 활동했거나 현재 활동하고 있는 주민이 건강위원회 활동을 하는 경우 지역에서 행정적, 정치적 사안들이 처리되는 방식이나 현안에 대해서 잘 알고 있어 건강위원회 활동에 도움을 줄 수 있었다.

예를 들어 I지역 건강위원장은 제5대 지방의회 기초의원(2006년~2010년)으로 활동했던 경력이 있었는데 보건소 담당자에 의하면 이는 지역에서 건강환경을 구축하는 데에 필요한 자원을 확보하는 데에 큰 도움이 되었다. 본디 해당 기초단체장이 사업에 대해 인지하고 있고, 관심을 가지고 있기도

했지만 전직 기초자치단체 의원출신 위원장의 발언과 활동에 권위가 실리고 기존의 관계가 작동했기 때문에 지역의 환경 개선(길 정비, 오폐수처리시설 교체, 안전시설 정비 등)을 위한 추가적인 군예산을 책정<sup>⑩</sup>할 수 있었다는 것이다(참여관찰일지. I지역).

사업에서는 건강위원회 구성 후 마을건강지기를 위촉하도록 했다. 건강지기는 건강위원회의 간사 역할을 하면서 지역사회와 보건소/읍면사무소를 연결하는 사업의 핵심 인력이다. 마을건강지기는 건강위원회 또는 해당 지역 주민 중 한 사람이 위촉되었으며 이들에게는 활동의 대가로 월 20만원의 월급이 지급되었다. 건강위원장이 건강위원회의 대표자라면 건강지기는 지역 내에서 사업과 관련된 크고 작은 일들을 직접 처리하는 실무자의 역할을 맡았다. 이는 강원도와 부산, 경상남도 등 다른 지역에서 ‘간사’역할을 보건소에 고용된 주민인 건강 코디네이터에게 맡기는 것과는 다른 형태의 역할 분담이었다. 보건소와 지원단에 일정 수준의 서면화된 교류와 결재를 받는 건강 코디네이터와 다르게 마을건강지기는 문서작업을 요구받지 않았다. 이런 설계는 핵심 참여자인 마을건강지기가 보건소 직원보다는 마을 주민으로 정체성을 가지고 활동하기를 바라는 연구자들의 의도와 관련이 있었고, 이를 위해 연구자들은 초기 사업 설계 단계에서 마을건강지기가 마을 이장보다 많은 돈을 받지 못하도록 월 급여를 제한하도록 했다.

#### 4) 교육 훈련과 역량강화

주민들과 보건소 직원들에게 주민참여와 건강마을만들기 사업을 위해 지속적인 교육 훈련을 위한 자원이 투입되었다. 경상북도와 지원단이 전체 27

---

<sup>⑩</sup> 2016년 I지역 관할 보건소가 제출한 사업평가자료에 따르면 2017년 I지역 건강환경구축을 위해 군에서 3억 원의 예산을 확보하고, 여기에 포함되지 않은 일부 사업에 대해 면 예산 3천 2백만 원을 확보했다.

개 지역을 대상으로 정기적인 교육 기회를 마련했다면 각 보건소는 지역 내에서 건강위원회와 건강리더들에게 역량강화 교육을 실시했다.

지역에 따라 주민들에게 주어지는 교육의 시간과 내용은 다양했다. 초기 역량강화 교육은 건강마을 만들기의 개념과 타 지역의 사례, 지역 내 건강 필요 파악하고 계획세우기에 대한 지식과 건강리더로서 자신감과 리더십 배양, 커뮤니케이션 스킬, 주민조직화 등 마을 내 관계 형성을 위한 지식들이 주를 이뤘다. 만성질환관리와 혈당/혈압 측정 방법 실습, 치매와 우울증, 자살예방, 치솔질과 건강한 식이생활 등 보건소 내 인력들이 제공할 수 있는 일상에서 건강 관리를 위한 지식에 대한 교육도 꾸준히 이루어졌다. 보건소는 통합건강증진사업에 포함되어 있는 건강증진에 대한 여러가지 교육 프로그램을 사업 지역에 집중적으로 투입했다.

사업이 진행되면서 건강위원회와 건강 리더단의 활동에 따라 교육 내용이 다각화되는 경향이 확인되었다. 걷기 동아리를 운영하는 주민들이 걷기 지도자 교육을 받아 자격증을 따거나 사업이 종료되어도 지속가능한 거점으로 카페를 운영하기 위해 바리스타 양성교육을 받았다. 건강리더들은 지역 경로당이나 마을회관에 봉사를 나갔을 때 활용할 수 있는 실용적인 기술로 실버 체조나 레크리에이션, 발마사지 교육을 받기도 했다. 보건소 담당자는 경상북도 수준에서 열리는 워크숍과 교육 등에서 다른 지역 담당자들과 만나 사업과 교육에 대한 정보를 주고받았다. 많은 경우 사업 지역 인근에 건강마을만들기에 대해 수업을 할 수 있는 강사가 없었다. 따라서 외부 강사를 초청해야 했는데 담당자들은 서로 주민들에게서 호응이 좋고 실무적으로 활용할 수 있는 교육을 하는 강사를 소개하거나 소개받는 등 구체적인 정보를 교환했다.

도 수준에서 제공되는 역량강화 교육에는 마을별로 약 5~6명의 주민들이 담당자와 함께 참석했다. 경상북도는 매년 약 2회 가량 사업담당자와 주민들을 대상으로 하는 교육 워크숍을 개최하고, 약 2회 가량 보건소 담당자들에 대한 워크숍을 개최했다. 이 자리에서는 전체 사업지역 참여자들이 한데

모여 주민주도형 건강마을만들기에 대한 지식을 습득할 수 있도록 다른 지역의 건강마을 만들기 사례나 마을공동체 사업 등을 강의하고, 실습했다. 주민들은 역시 이런 행사를 통해 타 지역과 교류하고 아이디어를 얻었다(부록 4. 건강새마을 조성사업의 교육 내용).

## 5) 행사와 성과대회

건강위원회는 대체로 기존의 지역 대표들이 모인 조직이었고, 건강리더 등 실무를 담당할 주민들이 함께 활동하는 단위였으므로 점차 마을의 다른 행사들을 맡아 운영하는 경우가 빈번했다. 건강위원회를 중심으로 지역 행사에 참여해 행사장에 건강위원회가 부스를 열어 건강위원회의 사업을 홍보하고 지역의 건강지표변화를 설명하거나 음식을 판매해 회비를 마련했다. 이 외에도 건강위원회는 군 단위 걷기대회나 체육대회에 참석하고, 음악회 등 지역의 문화행사를 직접 개최하기도 했다.

지역에 외부 자원이 투입되는 경우에도 건강위원회가 주민 대표로 활동했다. 서울에서 봉사를 위해 내려온 대학병원의료진의 진료사업이나 대한결핵협회의 이동검진이 있을 때 건강위원회 위원들이 일정을 조율하고 홍보를 담당했다. 한국자살예방협회가 농촌 지역에서 음독자살 예방을 위해 농약안전보관함과 폐농약용기수급함을 설치하는 사업에서 건강위원회는 주민 대표로 참여해 자살예방교육을 받고 업무협약을 체결했다.

건강위원회가 주체가 되어 직접 여는 행사도 있었다. 주민들은 보건소의 협력 하에 걷기대회나 바자회, 음악회, 일일 찻집 등 열린 행사를 개최하고, 사업을 홍보했다. 이는 건강위원회의 예산을 마련하는 행사이기도 했다. 연말이 되면 사업에서는 사업 경과를 주민들과 공유하는 건강새마을 조성사업 성과대회를 열었다.

경상북도 차원에서 진행되는 교육과 행사들도 있었다. 경상북도는 매년 연말 전체 사업지역의 성과를 함께 나누는 자리를 마련했다. 성과대회는 통

상 1박 2일동안 진행되었으며 각 사업지역에서 마을 대표와 보건소 담당자, 보건소장, 군수 등이 참석하고 도청 담당 공무원과 자문 연구진이 참석했다.

2017년 성과대회는 12월 21일부터 22일까지 경주 코모도 호텔에서 열렸다. 27개 읍면동에서 약 350명이 참석했다. 21일 본 행사는 3개 지역 주민들의 축하공연(부채춤, 실버댄스, 짐볼난타)으로 시작했다. 우수 마을과 우수 주민에게 도지사 표창이 수여되었다. 이후 관(경상북도 복지건강국장)-학(경상북도 통합건강증진사업 지원단장)-민(건강새마을협의회 위원장) 각각의 인사말과 활동적 노화(active aging)에 대한 외부 강사 강연, 우수마을 사례 발표가 이어졌다.

경상북도와 관할 보건소, 건강위원회가 주최하는 다양한 행사에 대해 실무자들은 보도자료를 작성하고 이를 지역 언론에 제공했다. 인터넷을 통해 여러 지역 매체들이 사업과 관련된 내용을 보도하고 있음을 확인할 수 있었다. 지역 매체들은 대체로 고유한 의견 없이 경상북도와 보건소의 사업에 대한 입장을 소개하고 보도자료대로 각 지역의 사업이 원활하게 진행되고 있음을 보도했다.

## 6) 사업 평가와 모니터링

사업에 대한 평가와 모니터링은 보건소 담당자와 경상북도 통합건강증진 사업지원단의 자문 연구자들에 의해 이루어졌다. 보건소 담당자들은 매년 연말 사업 진행 상황과 결과에 대한 보고서를 작성해 경상북도에 보고했다. 여기에는 사업과 관련된 보건소 조직과 인력, 예산 편성과 집행, 지역 현황 분석에 기반한 사업 선정과 수행 내용, 마을건강위원회 구성과 활동, 건강리더 육성을 위한 노력, 지역주민 역량강화를 위한 노력, 지역사회 자원 등 협력체계 구축 내용, 사업의 지속가능성을 위한 노력, 지역사회 홍보와 평가대회 추진실적, 주민들이 작성한 수기 등이 포함되었다. 지원단은 매년 보건소가 제출하는 평가보고서와 지역에 방문해 수집한 자료들을 근거로 사업 지

역에 대한 평가를 내리고 성과대회에서 ‘우수 사례 마을’과 공로가 큰 주민들을 시상했다. 이 외에도 경상북도 행복재단에서 주민들의 참여 경험에 대해 조사한 결과를 출간하고(강민정, 김건엽, and 홍남수 2016), 사업 1차년도와 3차년도의 건강지표를 비교하는 양적 결과에 대한 보고서가 작성되었다(경상북도통합건강증진지원단 2016).

사업 평가와 모니터링 과정에 주민들이 직접 관여하지는 않았던 것으로 확인되었다. ‘사업 보고서’에 대해 물었을 때 이에 대해 직접 관여한 경험이 있는 주민은 없었으며, 보건소 담당자들 역시 사업 보고서나 건강위원회 회의록 정리 등 서류 작업은 보건소의 업무로 주민들이 평가 보고서를 확인하지는 않는다고 응답했다. 사업 보고서 작성 등 행정적인 작업은 관료들의 역할로 주민들이 서류 작성 등 사업 관리를 맡도록 하는 경우는 찾아보기 어려웠다. 그럼에도 불구하고 일부 지역에서 연말 경상북도의 사업 평가에 만족하지 못했던 주민들이 보건소 담당자가 주민들의 활동에 대한 보고서를 제대로 작성하지 못했을 가능성에 대해 문제를 제기하거나(연구자 1, 심충면담), 보건소 담당자가 주민에게 보고서에 첨부할 수기 작성을 부탁해 이를 보고서에 포함시키는 등(초점집단면접, A지역) 사업 평가와 모니터링 과정에 대한 주민들의 개입이 나타나고 있음을 확인할 수 있었다.



### 3. 권력강화적 참여

#### 1) 권력강화적 참여의 과정에 대한 조작적 틀

권력강화적 참여는 자신의 삶에 대한 통제를 강화하기 위해 기존에 이를 어렵게 만들던 사회적, 물리적, 정치적, 문화적 조건들을 극복해 나가는 과정이다. 참여를 개인과 집단이 자신들의 문제를 해결할 수 있도록 참여자들이 개인적, 집합적 수준에서 권력강화되는 과정이라고 본다면 주민참여 과정에 대한 설명은 변화하는 권력관계에 초점을 맞춰야 한다. 권력강화된 주체로 주민들은 개인, 조직, 집합적 수준에서 건강의 다층적 영향요인에 대한 영향력을 행사하고, 이를 통제할 수 있는 역량을 갖추게 될 것이다.

이 장에서는 사례에서 주민들의 권력강화를 살펴본다. 이를 위해 Rifkin(1988)과 Laverack(2006)이 제시한 임파워먼트의 지표, Cornwall과 Coelho(2007)가 제시하는 권력강화적 참여를 위한 조건을 지역사회 참여 과정 지표로 활용했다. Rifkin 등이 지역사회 참여를 평가하기 위해 활용하는 지표인 지역사회 필요사정, 리더십, 조직, 자원 동원, 관리-오너십과 Laverack 권력강화의 과정을 파악하기 위한 지표로 제시한 지표 중 비판적 질문, 외부 주체 역할, Cornwall과 Coelho가 강조한 통제력 강화로 인해 발생하는 갈등과 협상을 각각 준거틀로 활용한다. 아래 <표12>는 Rifkin이 제시한 지역사회 참여의 과정지표를 경상북도 건강새마을 조성사업의 주민참여 맥락에 맞추어 재구성한 것이다.

표 12. 사례에서 권력강화적 참여 과정 지표

차원	연속선	예시
지역사회 필요사정	전문가의 관점 ↔ 지역사회의 관점	전문가에 의한 필요 진단: 외부 전문가의 관점에서 지역의 건강 문제 파악 주민들에 의한 필요 진단: 지역사회 주민들이 자신들의 관점에서 건강 문제 파악

비판적 질문	비판, 의식화 없음 ↔ 비판적 질문과 의식화	문제의식 없음: 문제를 심각하게 받아들이지 않거나 어쩔 수 없는 문제로 생각함 비판적 질문과 의식화: 문제의 근본적 원인 에 대해 질문하고 현재의 문제를 야기하는 구조적 불평등에 대해 인식
리더십	부유한 소수 ↔ 배제된 집단을 포함하는 지역 주민 다수	일방적 리더십: 지역 엘리트로 구성되어 있 으며 소수의 의견만을 반영하는 리더십 민주적 리더십: 건강위원회가 취약 집단을 포함한 지역사회의 필요를 충실히 반영하고 지역 내 건강증진활동 통제
조직	외부 개입에 의 한 조직화 ↔ 지역주민 조직 화	조직 없음: 외부에 의해 임명된 건강위원회, 실질적 활동 없음 조직화 수준 높음: 사업을 계기로 자발적인 지역 주민 조직화가 이루어지고 조직 내 역 할 분담 이루어짐. 기존 조직들과 활발한 교 류
자원 동 원	적은 기여와 제 한된 통제 ↔ 많은 기여와 높 은 통제	자원 동원 수준 없음: 주민들이 직접 기여한 자원 없고 자원 배분 의사결정에 참여 없음 자원 동원 수준 높음: 주민들이 직접 자원을 기여(회비를 걷어 자체 예산 운영), 공공, 민 간 사업에 공모해 외부 자원 확보
관리-오 너십	전문가와 관료 에 의한 사업 관리 ↔ 지역사 회에 의한 사업 관리	전문가에 의한 관리: 전문가 및 관료가 사업 을 진행하고 의사결정을 내림 주민들에 의한 관리: 지역사회가 사업 진행 에 대한 오너십을 가지고 중요한 의사결정을 통제
외부 주 체의 역 할	참여를 착취, 수단화 ↔ 권력강화를 조 력, 지지	참여 착취: 외재적 목적(사업 실적, 업무 이 양, 정당화)을 위해 참여를 동원하고 착취함 권력강화 지지: 주민들의 권력강화를 지지, 충분한 시간과 자원을 투입하며 주민들의 활

		동을 위한 물질적, 제도적 지원 제공
주민 통 제력 강 화로 인 한 갈등 또는 협 상	갈등이나 협상 필요 없음 ↔ 주민과 관료 사 이 갈등과 협상	갈등과 협상 없음: 의사결정이나 자원 통제 와 관련된 이의제기나 갈등 없음 갈등과 협상 가시화: 주민과 보건소 사이에, 또 주민들 사이에 의견차이가 존재하고 이로 인한 갈등이 드러나거나 이를 해결하기 위한 협상이 이루어짐

권력강화적 참여 과정을 <표12>에 제시한 8가지 차원에 비추어 논의한 이후 연구에서는 가벤타와 콘웰(2008)이 제시한 지역사회 참여에서 권력분석을 위한 네 가지 권력 관계 개념을 활용해 마을에서 이루어지고 있는 변화를 권력 관점에서 재서술한다. 지역사회를 경계로 내부와 외부(보건소, 읍면동 사무소, 시군구)의 관계를 살펴봄으로써 통제적 권력(power over)을 파악할 수 있다면 지역사회 내 행위자들 사이에서 발생하는 상호작용을 통해 얻어지는 힘이나 역량은 합의적 권력(power with)에 대한 것이다. 사람들이 스스로 문제를 설정하고 해결하며 삶과 관련된 선택을 하는 실현적 권력(power to)은 사업이 제공하는 틀을 벗어난 자발적인 활동과 이에 대한 주민들의 역량에서, 마지막으로 내면적 권력(power from within)은 개별 참여자들이 느끼는 효능감과 정체성, 참여 의지 등에서 엿볼 수 있다.

더불어 연구자는 권력관계와 서로 다른 주체 간 상호작용을 염두에 두고 참여의 층위를 크게 세 가지로 구분해 사례의 관찰을 수행했다(표13). 첫 번째 층위는 건강증진활동에 대한 주민들의 참여이다. 여기에는 마을 대표나 건강 리더가 아닌 일반 주민들도 참여한다. 이들은 보건소가 제공하는 다양한 프로그램과 행사에 참여한다. 두 번째 층위는 건강위원회 활동이다. 주민들은 건강위원회 월례회 등을 통해 지역사회의 건강문제 설정, 기획, 개입 집행에 참여했다. 참여의 주체는 주로 마을을 대표해 사업에 참여하고 있는 건강위원회와 건강리더이다. 건강위원회는 지역의 건강 문제를 발견하고 해결을 기획하여 실행하는 핵심 주체로 설정된다. 마지막 층위는 정책의사결

정 참여다. 건강위원회를 중심으로 권력강화된 지역사회는 이 사업을 비롯해 건강과 관련된 정책의사결정에 영향을 미칠 수 있다. 이는 주로 사업지역의 주민들이 기초지방자치단체와 경상북도와의 관계에서 확인할 수 있는 종류의 참여를 의미한다.

표 13. 건강새마을 조성사업에서 주민참여의 3가지 층위

	유형	참여주체	내용
1	건강증진활동	마을주민	건강증진 프로그램 선택, 참여
2	건강위원회	건강위원회, 건강 리더	지역의 건강 문제 해결을 위한 활동
3	정책의사결정	건강위원회협의체	경상북도나 기초지방자치단체의 정책의사결정에 대한 참여

## 2) 권력강화적 참여의 과정

### ① 지역사회 필요사정과 비판적 질문

지역사회의 건강 문제가 무엇이고 충족되지 못하고 있는 건강 필요가 무엇인지를 누구의 관점에서 파악하는지는 집합적 노력을 통해 해결해야 할 ‘문제’ 그 자체를 어떻게 설정하는지에 대한 것으로 이후 주민 활동 전반에 영향을 미친다. 지식이 변화를 촉발하고 기준을 정하는 권력이 된다고 본다면, 무엇이 문제이고 중요하며 누구에 의해 무엇이 가능한지에 대한 국소적 지식을 생산하는 활동의 시작이기에 주민들의 권력이 시작되는 지점이다 (Fals-Borda and Rahman 1991; Gaventa and Cornwall 2006). 더 나아가 지역에서 어떤 문제가 발생하고 지속되는 이유가 무엇인지 이에 대한 비판적 질문(asking why)을 던지는 것은 주민들이 자신들이 처한 삶의 조건을 변화시킬 수 있는 단계로 나아가 변화의 주체가 되기 위한 의식화가 이루어지고 있는지를 가늠할 수 있게 해준다.

사업은 주민들이 직접 지역의 건강 문제를 논의하고 결정할 수 있도록 계기를 제공했다. 건강위원회는 설문조사에서 파악한 지역의 건강 현황과 지역 주민들의 의견을 수렴해 마을의 건강 문제를 파악하고 우선순위를 정할 수 있게끔 안내받았다. 주민들이 직접 지역의 건강 정보를 수집하기도 했다. 이는 통상적인 건강 설문조사의 형태를 취했는데, 사업 1년차인 2014년과 사업 3년차인 2016년 주민들은 지원단이 작성한 설문지<sup>⑤</sup>로 각자 마을에서 건강새마을 조사를 수행했다. 마을 별로 건강위원과 건강리더들이 설문지를 배포, 수거하고 보건소는 이 자료를 취합했다. 지원단은 이 자료를 분석해 주민들이 각자 지역의 건강 현황을 논의할 수 있도록 분석 결과를 제공했다.

지역 건강 필요 파악 과정에 주민들의 의견이 반영되는 방식은 편차가 컸다. 건강위원회 임원진과 보건소 담당자가 리 단위로 마을을 순회하면서 주민들의 필요를 파악하는 지역이 있는가 하면, 건강위원회 위원들이 각자 자신의 마을을 대표해서 건강 문제를 결정하는 경우도 많았다.

지역의 건강 문제를 자유롭게 이야기하는 자리에서 주민들은 지역의 다양한 문제들을 의제로 올렸다. 쓰레기 불법 소각으로 인한 매연, 하천에서 올라오는 악취, 노후된 공동시설, 불법 투기로 방치된 지 오래 건설폐기물, 폭우로 인해 산책길에 쓰러진 고목, 방치된 간이승강장, 가로등 없는 도로, 경사진 길에 안전봉 설치 등 개인이 해결하기 어려운 다양한 환경적 필요가 튀어나왔다.

건강에 영향을 미치는 관계적 필요에 대한 제안도 나왔다. 홀로 사는 노인들의 고립과 외로움, 보수성이 강한 지역에서 농업에 종사하는 여성들의 어려움과 우울 등의 소재가 자주 등장했다. 마을의 갈등들도 주목받았다. 주

---

<sup>⑤</sup> 2014년 1차 연도 설문지는 27개 문항으로 구성되었다. 여기에는 건강행태 관련 문항 13개(음주, 흡연, 칫솔질, 신체활동 등), 건강에 대한 주관적 보고 4문항(주관적 건강수준, 스트레스 인지율, 우울감, 주관적 비만인지도), 만성질환 진단 및 치료 여부 4문항(고혈압, 당뇨), 사회적 자본 3문항 등이 포함되었다. 2016년 3차 연도에는 1차 연도와 동일한 문항에 건강새마을 조성사업 평가에 대한 5문항 추가된 설문이 이루어졌다.

민들은 대놓고 갈등적 사안에 대해 언급하기를 피하는 경향이 있었지만 ‘모두가 하나되는 건강새마을’을 고민하도록 요구받는 자리에서 주민들은 오래된 갈등을 꺼내 놓았다. 귀촌 가구와 비귀촌 가구 간 갈등, 세대 간 갈등, 젠더 갈등은 마을이 ‘화합’하고 ‘협동’하지 못하는 중요한 이유였다.

그러나 의견수렴과정에서 파악한 주민들의 필요와 건강증진활동 우선순위를 위한 문제설정은 종종 다른 차원의 논의로 분리되었다. 주민들은 문제를 발견했지만 자신들이 이를 스스로 해결할 수 있을 것이라고 생각하는 경우는 많지 않았다. 주민들이 무엇을 문제로 삼고 활동할지에 대한 우선순위 설정을 위한 논의에서 지역의 건강 문제는 새마을 건강조사에서 조사했던 개입가능한 내용들(걷기, 저염식이, 금연, 칫솔질, 우울증 등)로 제한되고, 해결책 역시 기존에 보건소가 제공할 수 있는 활동으로 국한되는 것이 일반적이었다.

이는 주민들이 건강 문제를 해결하기 위해 개입하고, 보건소의 서비스 이용자로 참여하고 있고, 문제 해결과 관련된 의견도 가지고 있지만 보건서비스의 공동생산자로 참여하지는 못하고 있음을 의미한다. 예를 들어 주민들은 지역의 높은 우울수준이 노년 주민들의 사회적 고립과 외로움, 물질적 열악함 때문이라고 말하곤 했다. 주민들은 이를 어떻게 해결할 수 있을지에 대한 일상적 지식도 가지고 있었다. 포커스 그룹 면담에서 건강위원들은 혼자 집에 있는 것이 건강에 해로우니 휠체어를 탄 주민이 마을회관까지 이동할 수 있도록 비포장 도로를 정비해야 한다거나, 마을회관으로 이동하는 길 중간에 벤치를 설치하면 도움이 될 것이라며 적극적으로 의견을 제시했다. 그러나 주민들은 정부의 개입을 요청할 뿐 스스로 해결할 수 있는 문제의 범위를 확장하지 않았다. 지금까지 사업에서 주민들의 우울을 해결하기 위해 선택된 해결책은 마을로 찾아가는 웃음치료와 노래, 체조교실이였다(D지역 사업평가자료, 2016년). 이런 활동들은 주민들이 만나서 함께할 계기를 제공하고 신체활동을 촉진했다는 점에서 의미가 없지 않았다. 그러나 주민들이 문제의식을 느끼는 지역사회의 시급한 필요는 보건소가 제시하는 ‘건

강증진'과는 조금 다른 결을 가지고 있다는 것들이었고, 이들은 사업에서 지역사회가 해결할 수 있는 문제로 본격적으로 논의되지 못했다.

주민들은 마을에서 가장 취약한 주민들의 건강 상태나 그들이 처해있는 상황에 대해서도 알고 있었다. 연구자가 지역의 건강 문제에 대해 물었을 때 건강위원들은 노년 주민들이 처해있는 열악한 상황을 걱정하곤 했다(글상자 4).

#### 글상자 4. 마을의 건강필요-노년 주민들의 상황

G 지역 건강위원(남성): 독거 노인이 많아요. 각 마을이 다 그런데, 혼자 있으면, 대화할 대상이 없잖아요, 말만 안 하나, 밥도 귀찮다고 안 해 먹고 씻도 않고...(중략)... 시골 노인들이 혼자 사는 사람들이 영양실조 많이 걸립니다. 경로당 가보면 죄다 영양실조입니다. 혼자 있으니까, 귀찮아서.

- 초점집단면접, G지역

D 지역 건강위원(남성): 우리 마을은 저 산골입니다. 그래서 휠체어가 다닐 수 있는 길이 없어요, 그래서 마을 또 주민이 저 회관이 만약에 거리가 먼 데도 여기 올 수 있는데 의자 하나 없는 거가 문제다는 아주 소박한 생각이 듭니다. 그래서 주민이 지금 나이가 많으면 전부다 휠체어를 갖고도 못 다니는 회관이 많습니다. 산골이 되다 보니까 그런데에 조금 투자가 되었으면 하는 바람입니다. 지금 할머니가 휠체어가 있어도 못 다녀요

- 초점집단면접, D지역

노년 주민들의 사회적 고립과 돌봄 위기는 일상적인 것이었다. 비교적 젊고 자원이 많은 초기 노년기 주민들은 자연스럽게 후기 노년기 주민의 열악한 상황을 건강한 마을을 만들기 위해 개입해야 할 문제로 보았다. 마을마다 독거 노인이 많고, 혼자 있으니 제대로 된 끼니를 챙겨 먹지 않아 영양

실조에 걸린 이들이 허다하고, 하루 종일 대화도 하지 않고 무기력하게 시간을 보내는 노년 주민들의 상황은 같은 주민들이 보기에다 딱하고 안타까운 것이었다.

주민들은 홀로 지내는 노인들의 생활을 비교적 상세하게 알고 있었다. 도나 군의지원을 받아 정기적으로 취약한 주민을 방문하거나 청소, 식사, 청소, 교통편 제공 등 돌봄에 기여하고 있기도 했다. 주기적으로 홀로 사는 노인을 방문하도록 팀을 짜거나 겨울에도 난방효율이 떨어지는 집에서 전기장판만 틀고 지내는 주민들을 보호하기 위해 한시적으로 공동생활을 할 수 있는 동사(同舍)가 마련되었으면 좋겠다는 의견도 제시했다(D지역 초점집단면접). 그러나 주민들의 자발적인 ‘봉사’와 관이 제공하는 약간의 자원은 필요한 돌봄을 충족하기 부족한 경우가 많았다. 이에 일부 주민들은 찾아오는 자식이 없거나, 간혹 방문하는 자식이 있더라도 병원에 가거나 문제가 생겼을 때에나 찾아오는 상황을 안타까워하며 자식들의 책임을 물었다. 경상북도 사업인 “할매할배의 날<sup>16</sup>” 사업을 확대해야 한다거나, 자식이 하루에 한 번 부모에게 전화하는 것을 법으로 만들자는 이야기는 이런 맥락에서 튀어나왔다(G지역 초점집단면접, L지역 초점집단면접).

주민들은 취약한 노년 인구들의 일상적 결핍을 불건강의 원인으로 주목했다. 사회적 고립, 고독, 무료함, 빈곤, 주거, 영양 상태가 모두 건강 문제였고, 주민들은 이런 문제를 일정부분 해결할 수 있었다. 홀로 집에만 있던 주민들을 경로당이나 마을회관으로 이끌어내고, 함께 모여 식사를 하고, ‘웃음 치료’나 ‘노래 치료’라고 이름 붙은 레크리에이션을 하는 것은 주민들의 무기력과 우울을 줄이는 데에 도움이 되었다. 사업을 통해 “일주일에 한 번이라도 모여 웃을 수 있다는 게 좋은 것 같다”거나 “할머니들이 즐거워할 때

---

<sup>16</sup> 매월 마지막 토요일을 할매할배의 날로 지정하고 도지사는 효를 장려하는 사업을 시행, 전통문화인 효를 장려하고 어른을 공경하는 문화를 확산하며 조손의 세대 간 소통과 삶의 지혜를 배우도록 장려하는 것을 목적으로 함(경상북도 할매·할배의 날 조례, 시행 2015.10.29.).



공지와 보람을 느낀다”는 반복되는 증언은 지역의 건강 문제를 해결하기 위한 개입의 첫번째 단계가 사회적 고립을 해결하는 데에서 시작하고 있음을 보여준다. 매번 외부 강사를 초청하지 못하는 상황을 안타까워하며 건강 리더들이 직접 레크레이션과 노인 체조를 배우게 된 것도 이런 변화를 목격한 주민들의 효능감과 무관하지 않았다.

사회적 관계의 회복은 지역의 분위기를 변화시켰고, 건강한 마을을 위한 여러 활동에 대한 참여를 촉진했지만 이것이 해결할 수 있는 일상의 문제에는 한계가 있었다. 겨울이 다가옴에 따라 한파로 인한 피해를 걱정하는 주민들은 많았다. 이장으로 책임을 맡고 있던 지역에서 홀로 사는 노인이 동사한 채 발견되거나, 60대 독거자가 문턱에서 떨어져 사망한 채로 발견되었던 충격적인 기억은 주민 대표들이 다가오는 추위를 걱정하게 만들었다. 일부 주민들은 이런 문제들을 해결하기 위한 제도적, 사회적 해법을 제안하기도 했다.

I지역 건강지기는 열악한 주거 상황을 취재하기 위해 서울에서 내려온 기자에게 취재할 집을 소개해주었던 경험을 설명하면서 제도의 문제를 지적했다. 도시에서 귀촌한 사람들이 집을 짓는 데에는 주택 계량비나 농업 창업 자금 등 여러가지 귀농 지원이 이루어지는 반면 막상 이곳에서 쪽 살고 있는 사람들의 거주 환경은 훨씬 더 열악한 경우에도 온전히 본인들의 몫으로 맡겨져 있다는 것이다(글상자 5).

#### 글상자 5. I 지역의 열악한 거주 상황에 대한 기사

문제의 가장 짙 집이 있는 구레두들 역시 비좁은 산길을 한참 올라가다 보면 어느 순간 전망이 탁 트이면서 너른 땅이 나타난다. 두들은 언덕의 사투리라는데 마을 공동주차장과 농구대까지 있는, 엄연한 동네다. 한때 20가구가 살았다는 이곳에는 이제는 6가구만 남아있다. 공시지가 최저가 집은 지금은 빈집이다.

이곳에 있는 집들은 원래 초가였던 곳에서 개량된 집과 아예 새로 지은

집으로 나뉜다. 초가였던 곳에서 개량된 집의 특징은 1자형 홑집인 원형에 뒷마루 앞쪽으로 차양을 내고 유리문과 벽을 달아 방한을 하려 했다. 가장 싼 집도 그렇게 방한을 했지만 더 이상 살 수 없을 만큼 퇴락해서 버려진 상태. 주인은 아랫마을로 이사를 했다.

가장 싼 동네에서 가장 싼 집은 빈집이라 이곳의 실제 주거생활을 엿보기 위해 그 뒤편 집을 찾았다. 김용정(78) 김정희(76) 부부가 사는 집 역시 처음에는 두 칸짜리 초가집이었지만 식구가 늘어나면서 점차 덩치가 커진 전형적인 농가주택. 두 칸에서 시부모 시누이 시동생과 살다가 3남 1녀를 기르며 처음에는 옆으로 방을 늘려 나가다가 앞에 복도를 만들어서 식당과 욕실을 앉혔다. 이 본채와 더불어 아랫채와 창고가 따로 있다. 지금은 모두가 분가해서 노인 둘만 살고 있다.

이곳은 김용정씨가 태어난 집. 할아버지대부터 들어와 산 것으로 기억을 한다. 흔히들 농가주택에 대한 지원이 이것저것 있는 것 같지만 실제로 혜택을 받는 이들은 극소수. 김씨 부부 역시 이 집의 방을 늘리고 지붕을 바꾸면서 지원을 받은 적이 없다고 기억했다. 목돈이 모이면 방도 내고 복도도 붙이고 욕실도 만들었지만 화장실은 여전히 푸세식으로 밖에 따로 있다.

임시변통으로 계속 고치다 보니 집은 커졌지만 단열은 형편없다. 겉으로 보서는 아주 멀쩡한데 문을 열고 현관으로 들어서도 밖이나 온기 차이가 별로 없다. “방 한 칸만 (기름보일러) 붙을 때도 겨울에 기름을 8드럼이나 쓴다. 무서워서 못 쓴다. 영감 혼자만 옥장판 틀어 놓고 누워있으니까 추워 죽겠다”고 부인 김정희씨가 불평을 한다. 보일러용 등유 1드럼 시세는 24만원. 8드럼이면 192만원이다. 산나물이나 고추 사과 팔아서 이리 저리 변통하는 농가살림에서는 큰 부담이다. “아래채는 물 새지, 이 큰 집 뭐 필요하나? 고칠라 해도 돈이 없다.”

(한국일보, 2014.10.19)

D지역 건강위원장은 한파를 피해 함께 지낼 수 있는 동사(同舍) 설립을 제안했다. 주민 대표들은 과거에 마을에 있었던 공동생활시설인 동사를 기억했고, 일본 등의 공동주거시설을 방문했던 경험을 가지고 있었다. 군에서 제공하는 돌봄 서비스나 이웃들의 돌봄이 있다고 하더라도 해결되지 않는 문제들이 여전히 남아 있음을 고려한다면 안전하게 공동생활을 할 수 있는 시설은 익숙하고 현실적인 대안이었다(글상자 6).

#### 글상자 6. 독거노인의 열악한 상황을 개선하기 위한 제안

D 지역 건강위원장(남성): 물론 정부에서도 많이 신경을 쓰고 있겠지만 지금 그 시골 실정을 보면 70세 이상의 노인들은 거의 거기에서도 80% 가까이 독거노인입니다. 두 분 중에 한 분은 안 계세요. 그것도 여자 할머니 분들이 거의 또 80%고 남자 혼자만 사시는 분이 한 20% 채 안 될 겁니다. 그렇게 되면 그런 분들한테는 가장 좋은 방법이 공동생활 할 수 있는 자주 모여서 케어할 수 있는 이런 자리가 일단 중요한 절실하다고 생각이 돼요. 이래 보면, 그래서 나는 그런 부분들을 전에도 우리가 한번 시행을 한번 하려다가 그게 됐었는데 공동취사도 공동취사지만 어 그룹 홈이라 이래 갖고 공동 이제 그러니까 그룹으로 집을 한 채를 어디 준비가 되 있는 그런 마을도 있습니다. 어떤 마을도 보면 옛날 동사라 그래가지고 그런 집들이 있는 게 있는데 그걸 잘 조금만 이렇게 보수를 하고 하면은 최소 동지 선달만큼은 우리가 노인네들이 기름 값이 아까워서 가서 아주 가보면 불을 아주 막 썰렁하게 지내요. 그러다가 아마 동사하는 분들도 꽤 있을 거라고 생각합니다. 물론 이제 군에서 그래서 땀감 나무도 이제 지원해주고 이러기는 한데 그런 사람들을 혼자 계시다 보니까 식사도 제대로 안하고 계시죠, 또 그 뭐 불도 제대로 안 때지요. 연료 값이 아까워가지고... 몇 푼 생기면은 그 돈으로 하면 되는데 돌아가시고 나면 썸지 돈 분명히 있어요. 그걸 자식들한테 보내버린다니까.. 그거 우리가 그게 우리 어머니 아버지들이 그렇게 몸에 배어져 있어요. 그게 이제 안 고

쳐지더라고 보니까 그래서 그거 뭐 정부가 시행한다면 뭐 그룹 홈이나 그러면 한겨울하고 혹서시에는 혹한 때에만 한 한달 정도씩이라도 이렇게 그렇게 했으면 어떨까 그렇게 생각이 되요. 개별적으로 이래마 돈 줘가지고는 안되요. 그거는 쓰지도 않는다니까요. 그거를 모아가지고 꼬깃꼬깃 모아가지고 손자 주고 막내 뭐 뭐 집 산다 그러면 거기 보태주지 그 돈을 쓰지를 않는다니까 이런 부분이 좀 안타깝습니다.

- 초점집단면접, D지역

종합했을 때 지역에서의 건강필요는 상당부분 사회경제적으로 취약하고 홀로 거주하는 노인들이 지역에서 일상적인 생활을 유지하기 위한 자원 부족에서 기인하는 것이었다. 많은 노년 인구가 특정한 사회적인 역할을 가지고 있지 않고, 사회적으로 고립되어 있는 것도 중요한 문제였다. 주민들은 지역 내 취약한 노년 인구의 건강에 대한 문제의식과 문제를 해결하기 위한 아이디어를 가지고 있었다. I지역 건강지거나 L지역 건강위원장은 정책적, 사회적 수준에서 문제를 해결할 수 있는 방법에 대한 의견과 지식을 가지고 있는 이들도 확인되었다. 그러나 주민들은 빈곤과 주거 문제를 지역사회가 함께 해결할 수 있는 문제로 설정하거나 이를 해결할 수 있으리라고 생각하지 못하는 상황에 머무르고 있었다.

## ② 조직과 리더십

사업의 초기 주민조직은 보건소 담당자에 의해 구성되었다. 보건소 담당자는 사업 지역에서 이·통장단과 부녀회장 등 접촉이 용이하고 지역사회를 대표할 수 있는 지위를 가지고 있는 주민들을 중심으로 건강위원회를 구성했다. 따라서 대부분의 지역에서 건강위원은 각자 자신이 거주하는 소지역(리와 통 단위)을 대표하여 건강위원회에 참여하게 되었다. 사업대상인구가 20개 지역 평균 2,406명(최소 556명, 최대 5,175명)이었고 2017년 기준 사업

4년차가 되는 19개 지역에서 건강위원회 위원 수는 평균 22.4인이었으므로 비교적 인구가 많고 도시화된 몇 개 지역을 제외하면 건강위원회에 참석하는 주민 대표는 각자 약 100여명 남짓한 마을 주민들을 대표하는 셈이었다.

이통장이나 관변조직의 구성원 등의 참여를 의식적으로 피했던 강원도<sup>17</sup>나 부산의 건강증진사업과 다르게 경상북도에서는 마을을 대표해 행정적인 사무들을 처리하는 이통장을 중심으로 건강위원회를 구성했다. 이런 종류의 초기 리더십은 장점과 단점을 모두 가지고 있었다. 이장을 중심으로 하는 주민리더십 구성에 대한 의견을 물었을 때 담당자들은 각자 마을에서 공적 권위를 가지고 있는 이장이 ‘협조’를 구하면 주민들이 이 말에 따를 수밖에 없고, 이에 따라 보건소가 건강위원들에게만 부탁하면 무리 없이 여러 활동들을 진행할 수 있었다며 ‘주민 동원의 용이성’을 장점으로 삼았다(글상자 7).

#### 글상자 7. 이장 중심 리더십의 장점

F지역 담당자(남성): 여기는 촌이기 때문에, 이장님이 남자들이 해야 말발이 서고, 동네가 움직이지 그렇게 여자들로 하면, 경상도 지역이어서 어려움이 있습니다.

- 심층면담, F지역

K지역 담당자(여성): 제가 이렇게 14년도에 건강새마을 생기면서 건강위원회를 구성했을 때 저희들은 이제 면하고 협의를 해서 이장님을 다 건강

<sup>17</sup> 강원도 건강플러스 사업은 매뉴얼을 통해 이통장 등 행정부문과 연관된 직무를 수행하고 있는 사람들을 건강 위원회로 조직하는 것을 지양하고 고문단 등으로 조직해 지역건강협의회와 연계를 유지하는 정도로 개입할 수 있도록 하라고 권한다. 매뉴얼에서는 그 이유를 다음과 같이 밝히고 있다. “이통장, 부녀회장과 같이 의무감으로 임명된 바쁜 분이 다수라면 스스로 실천하기 보다는 예산, 강사 등의 요구만 하고 스스로 사업을 수행하는 것은 꺼리게 됩니다.”(2018년 강원도 건강플러스 사업 지침서, 41~42p., 57p.)

위원으로 모셨는데 그 때 저는 이게 맞나 안 맞나 이게 이장님으로 하는 게 맞나, 좀 제가 잘 될까 고민을 했습니다. 지금 생각을 해보니 이장님 18분을 구성을 해서 이 마을에 끌고 나가는 게 참 좋았다는 생각이 듭니다...(중략)...이렇게 운영을 하다 보니까 이장님들이 그런 파워가 있으시더라고요 시골 마을에는. 이장님으로 구성이 되니까 이장님들이 너무 단합이 잘 되고 협동이 잘 되니까, 물론 사업에도 다 관심을 가지고 있으시더라고요.

- 초점집단면접, K지역

마을 이장들이 주민 대표를 맡아 사업에 참여하면서 얻게 되는 이점은 다양했다. 사업에서 이루어지는 활동들이 자연스럽게 공적인 성격을 가진 마을의 일이 되고, 새마을협의회, 노인회, 이장협의회 등 기존의 지역 조직에 협조를 요청하고 필요시 그들이 가지고 있는 자원(회비, 공간, 인력)을 함께 활용할 수 있었다. 건강 위원들이 가지고 있는 이장으로서 직위는 면사무소나 군의 이장협의회 회의 등 다른 공간을 통해 보건소에서 해결할 수 없는 문제를 개선하거나 자원을 동원하는 데에도 도움이 되었다.

마을 내에서 건강증진활동을 위해서 마을에 공간을 마련하거나 마을 방송으로 홍보를 하는 데에 있어서 이장이 가진 권한과 권위가 유용했다. 건강 위원이 하는 일은 자연스럽게 마을의 일이자 공적인 성격을 가진 일이 될 수 있었다. 지역의 노인들을 찾아가고 사회활동을 할 수 있도록 이끌어내는 데에도 이장들이 가진 권위가 유용했다. 홀로 살면서 마을 주민들과 어울리지 않는 주민을 찾아갔을 때에(주로 노년 남성) 건강리더 등 여성 주민이 방문하면 문을 열어주지 않거나 내 쫓는 데에 비해 이장을 맡은 남성 주민이 방문하면 비교적 호의적인 태도를 보이며 말문을 연다는 것이다.

그러나 각 마을의 이장이 곧 건강위원이 되는 리더십은 주민들의 자발적 활동 없이 형식적으로 건강위원회가 유지될 수 있게 해 주는 것이기도 했다. F지역이나 M지역 같은 경우 건강위원회는 실질적 활동을 하는 조직이기 보

다는 이미 구성된 이장 회의 구성원들이 보건소가 요구하는 또 다른 사업을 감당하는 형태의 리더십을 보였다. 사업은 여전히 보건소 담당자들에 의해 실천되었고, 건강위원들은 이장회의에 참석해 주민 동원을 부탁하는 공무원에게 ‘협조’하는 역할을 맡았다. 보건소 담당자들을 중심으로 사업이 진행되는 것으로 파악되는 F지역에서 건강위원회 위원들은 이장이기 때문에 건강위원회에 참석하고 지역의 건강증진활동을 위한 홍보를 하는 것일 뿐 건강문제와 관련해서 지역을 대표해 활동하는 조직으로 역할을 맡고 있다고 보기는 어려웠다(참여관찰일지, F지역). 이런 지역에서 주민들은 건강위원보다는 이장의 정체성을 가지고 회의에 임했고, 지역사회의 건강 필요를 도출해 내지도, 문제를 개선하기 위한 추가적인 자원을 동원하지 못했다<sup>18</sup>.

사업이 진행되면서 이장 중심 리더십의 문제점도 드러났다. 일괄적으로 마을 대표들에게 건강위원을 맡기게 되면서 참여의 연속성이 떨어지고 사업에 대한 이해와 무관하게 위원이 교체되는 상황이 생겼다. 사업에 그리 관심이 없는 대표들이 형식적으로 건강위원을 맡게 되어 형식적으로 활동하는 것은 실질적인 참여와 마을의 변화를 모색하는 참여자들에게 답답한 일이기도 했다(글상자8).

#### 글상자 8. 이장 중심 리더십의 문제점

G지역 건강위원(남성): 마을 건강지기가, 마을 건강 위원들이, 마을 이장 중심, 부녀회장 중심으로 첫째 출발을 했는데 이게 바뀌다 보니까, 교체가 되다 보니까 이게 문제가 되더라구요. 이장이 바뀌니까 건강 위원이 바뀌었잖아요? 그러다 보니까 이 사람은 이게 뭐가 뭔지 감이 안 잡힐 때가 많거든요. 그러니 그런 점이 아쉽고. 실제 이게 내년도까지는, 올해부터 2년 동안 지속을 하는데, 진짜 아무 것도 모르는 사람 새로 앉혀 가지고

<sup>18</sup> 2017년 사업 4년차에도 형식적 리더십을 가지고 있던 두 지역은 사업기간을 연장하지 않고 2018년 5년차에 사업을 종료하기로 결정했다.

명하니 이게 뭔가 하면 다시 일 년짜리가 돼 버리거든요. 그 사업의 완성도를 높이기 위해서는 이장하고 부녀회장하고 상관없이, 그 하튼 마을 이장 바뀌고 부녀회장 바뀌고 계속 바뀌거든요, 자기가 뭘 해야 하는지 모르는데 뭘 합니까, 그렇잖아요?

- 초점집단면접, G지역

I지역 건강지기(남성): 이게 할 의지가 있는 사람들을 중심으로 역할을 주고, 임무를 중심으로 해야지 그냥 이장이라고 모아다 놓으면 관심 있는 사람도 있고 없는 사람도 있는데. 그러니 맨날 모아 놓고 얘기를 하면 뭐냐고 혼자 듣는 등 마는 등 하고 전달도 안하고 그 모양인데 또 받을 거 있을 때는 똑같이 받을라 하면 안 줄 수도 없고, 인제 관심 없어 하는 마을은 아예 빼버리거나 해야 하는 사람들도 이게 좋은 걸 알고 할 겁니다. 나중에 찾아와서 받아 달라고 하면 또 몰라도.

- 심층면접, I지역

건강새마을 조성사업이 어떤 것인지에 대한 이해가 확장되고, 참여가 성숙되면서 조직의 체계가 갖춰지고, 초기의 리더십을 교체하는 사례들이 나타났다. 이통장으로 구성된 건강위원회의 리더십이 잘 성장한 A지역이나 E지역의 경우 이통장 임기가 끝났음에도 불구하고 건강위원으로 활동을 지속하면서 자연스럽게 행정적 대표성을 가지고 있지 않은 주민들이 건강위원으로 남게 되었다면, I지역과 L지역의 경우 사업담당자와 주요 참여자들이 의식적으로 실질적인 건강증진활동을 주도하는 여성 중심으로 건강위원회 구성을 변경하는 것이 사업에 도움이 될 것이라는 가정 하에 리더십을 교체했다(글상자 9).

#### 글상자 9. 리더십 교체

L지역 담당자(여성): 그러니까 작년에는 이장님 작년까지는 이장님들이 이제 건강위원이었고 올해는 이제 건강위원이 다 교체되면서 어 지도자



작년에 지도자 하시는 분들이 건강위원으로 많이 들어오셨어요. 들어오시고 저희가 필요하면 이제 면에 면 그 마을에서는 그분들 다 아니까 필요하면 그분들 차출해서 업무 같이 할 만한 건 해요...(중략)... 이제 건강새마을 교육을 가 보니까 다른 시골에는 여성분들이 너무 잘하시는 거예요. 그리고 실질적으로 남자 분들 보다 여성분들이 주민 친화적인 그런 부분들이 훨씬 많잖아요. 섬세하고 이런 부분들이 있어서 청송인가 어딘가 다녀와서 아, 저거다 싶은 생각이 들었어요. 이제 분위기 좀 전환하고 좀 활성화하는 차원에서 이제 바뀌야겠다. 이렇게 얘기가 나와서 이제 실질적으로 바꾸게 된 것이고 이제 제가 봤을 때는 여성 이제 건강위원님들이 많이 참여를 하시고 나서는 분위기도 굉장히 좋게 바뀌고 작년에 참석을 덜하던 부락의 인원이 배로 늘어나는 그런 부락이 여러 군데가 있거든요.

- 초점집단면접, L지역

주로 남성으로 채워지게 되는 이장 중심 리더십을 교체하는 대신 새로운 조직을 만들어 리더십을 보완하는 경우도 확인되었다(C지역, J지역, K지역). 이는 주민들의 조직화 수준과 관련해서 살펴볼 필요가 있다.

사업 지역들에서 건강위원회 등 주민 조직화는 지역에 따라 다양한 수준을 보였다. 워크샵에서 만난 사업 담당자는 M지역에서 주민조직화가 전혀 되지 않았고 사업이 4년차가 되었는데도 명목상 이장들의 이름만 올려 둔 수준이라며 이전 담당자들의 무관심과 무능을 혹평했다(참여관찰일지, 워크샵, 2017.09.19).

자문 연구진들로부터 좋은 평가를 받고 있는 C지역과 K지역에는 실무를 담당하는 조직이 별도로 구성되어 있었다. 실무를 맡는 이 주민들은 주로 지역에서 비교적 나이가 적고 활동적인 50~60대 부녀로 건강증진활동이나 사업 관련 행사에서 주도적인 역할을 했다. 건강리더들은 많은 경우 경상북도의 또 다른 사업인 ‘우리마을 건강파트너’에 자원봉사자로 참여하고 있는

주민이었다<sup>19</sup>. 대부분 여성으로 꾸려진 이 주민조직은 지역에 따라 건강리더, 건강 코디네이터, 건강해결사, 건강지킴이, 건강보안관 등 다양한 이름으로 활동했다(이후 건강리더로 통칭).

건강 리더들의 조직화 수준은 지역마다 다양했다. C지역에서 건강리더조직이 건강위원회 산하 조직으로 공식적인 정관을 갖추고 매달 월례회를 열고 회비를 걷는 조직이었다면(글상자 10) 보건소의 역량강화 교육에 참석한 이들을 느슨하게 건강리더라고 부르는 마을도 있었다(참여관찰일지, I지역)

### 글상자 10. 건강리더단 조직화

C면 건강위원장(남성): 발대식 이후에는 첫 해는 건강위원 중심으로 굴러갔었습니다. 하다 보니까 뭔가 부족한 것 같아요. 뭔가 좀 썰렁한 느낌도 들고 걱정도 점점 많아지고 그래서 그 당시에 보건소 계장님과 건강지킴이하고 여러 차례 숙고를 했습니다. 그래서 나온 답이, 우리는 그럼 건강위원회 산하에 건강리더들을 두면 좋겠다, 그래서 건강위원회 산하 건강리더를 뒀습니다...(중략)...지금도 보면 건강리더분들이 좋은 일을 너무 많이 해요. 연말연시 되면 또 일일 찻집을 한다던가, 바자를 한다던가, 해서 각 경로당 마다 건강지킴이라고 하면서 다 올해도 (경로당이 선물을) 다 받았어요

- 초점집단면접, C지역

건강리더들이 하는 활동은 지역사회 인구집단의 건강을 관리하기 위한 가장 핵심적인 활동이었다. 이들은 사업의 성공과 다른 주민들의 참여를 촉진

<sup>19</sup> 2013년 시작된 우리마을 건강파트너 사업은 지역에서 주민맞춤형 봉사활동을 통해 양질의 보건서비스를 제공하고자 한다. 시·군별 50~250여명 가량의 자원봉사단을 양성해 방문건강관리, 우울증/자살 예방활동, 치매 검진, 금연 캠페인과 계도, 구강보건관리, 예방접종도우미, 무료진료 봉사, 이동목욕 자원봉사 등에 투입한다(경상북도 통합건강증진사업지원단, 2014).

하기 위해 다양한 역할을 자처했다. 보건소와 건강위원회가 요청하는 행사에 참여하고, 음식 만들기에 노동력을 제공하고, 건강증진활동을 통해 익힌 활동을 행사에서 공연했다. 건강리더들은 보건소가 제공하는 역량강화 교육에 참여하고 이를 지역 노인들에게 전달하기도 했다.

건강리더들이 조직화됨에 따라 보건소의 통합건강증진사업과 관련된 교육이 중심을 이루던 교육보다는 실제로 활용할 수 있는 내용들에 대한 교육훈련이 이루어질 수 있었다. 노인체조, 발마사지, 레크리에이션, 리더십 등에 대한 교육은 건강리더들이 노인 주민들을 돌보는 데에 필요한 실용적인 역량을 갖출 수 있도록 해 주었다. 새로운 지식을 배우고 이를 활용하여 인정을 받는 것은 기쁘고 뿌듯한 경험이었다. 상대적으로 지역의 일을 맡아본 경험이 많지 않았던 여성 주민들은 마을을 대표해서 하는 건강리더 활동과 그로 인해 맺어진 관계, 활동에 대한 사회적 인정 모두로부터 효능감을 얻고 있었다(글상자 11).

#### 글상자 11. 건강 리더들의 활동과 효능감

K지역 건강리더: 언제 우리가 이렇게 해 보겠어요. 이것도 안 배우면 할 수가 없는 거죠. 이것도 다 보건소에서 리더십 교육 받으셔야 됩니다, 혈관 튼튼 그거도 해야 됩니다, 하면서 또 배우니까 그거가 되는 거고, 우리도 이제 나이가 작지 않은데, 60이 다 넘어서 배우고 한다는 것도 신기하지만, 그래가지고 이걸 또 써먹을 수 있다는 게 좋은 거죠.

- 초점집단면접, K 지역

C지역 건강리더: 저희가 이제 완전 인기인이 된 거죠, 동네에서 인기인이 됐어요. 이제 경로당에서 봉사 마치고 나오려고 하면 할머니가 이제 가면 언제 다시 오는데? 하고 물으시고, 늘 기다리시고 하니까 그게 그렇게 뿌듯하고 보람이 있습니다.

- 초점집단면접, C 지역

통상적으로 지역 전체에 고르게 분산되는 형태로 하던 보건 교육이 사업

지역으로 집중되고, 보건소의 프로그램 운영에 대한 주민 참여율이 높아지면서 사업 지역에 건강 증진에 대한 지식이 확산되었고, 건강리더들은 이런 교육에 가장 많이 참여하는 주민이었다. 건강 리더들은 건강새마을 설문조사를 직접 실시하면서 이런 지표들에 대한 교육을 받았고, 설문이 종료된 이후에는 설문 분석 대한 설명을 듣고, 이를 논의하거나 다른 주민들에게 설명하기도 했다. 이런 과정을 통해 주민 대표들은 건강증진과 관련된 지표들(걷기 실천율, 비만율, 흡연율, 우울경험, 저염식이 등)을 숙지하고 이를 토대로 자신이 사는 지역의 건강 문제를 설명할 수 있는 단계에 도달할 수 있었다.

건강리더들은 보건소와 협력해 걷기와 운동, 치솔질의 중요성을 마을 주민들에게 설파하고 전달하는 역할을 맡았다. 낮에 종일 걷고 일해서 다리가 아픈데 무슨 걷기를 또 하나며 거절하는 주민들에게 ‘노동과 운동은 다르다’고 설명하거나 자신에게는 딱히 도움이 되지 않는 동작이라도 평소 몸을 움직이지 않는 노인들을 위해 함께 체조에 참여했다.

마을에서는 건강리더조직 외에도 걷기, 탁구, 라인댄스 등 특정 건강증진 활동을 하는 사람들 사이에 건강동아리가 구성되었다. 보건소의 권유로 마을마다 함께 걷는 사람들이 구성원이 되는 ‘걷기 동아리’를 만드는 것이 가장 흔한 방식이었고, 지역에 따라 자체 회비를 걷어 동아리를 운영하면서 자신들의 필요에 따라 강사를 초빙하는 경우도 있었다.

가장 높은 수준의 리더십은 지역 엘리트의 의지만을 반영하는 것이 아니라 일반 주민들의 요구를 충실히 반영하고, 보다 평등하고 민주적인 방식으로 지역사회의 필요를 대변하는 것이다. 권력강화적 참여를 논의하는 저자들은 보다 취약한 집단의 참여를 보장하기 위해 기저의 불평등을 보완할 수 있는 장치를 갖추고 있는지를 중요한 기준으로 살펴야 한다고 지적한다(Draper, Hewitt, and Rifkin 2010; Tisdall 2013).

연구 사례에서 조직과 리더십이 형성되고 운영되는 방식이 민주적이고 대표로 참여하지 않는 주민들의 필요를 충실히 반영하는지를 판단하기는 어려

왔다. 주민참여의 수준이 높은 것으로 파악되는 일부 지역에서 지역 대표들이 매달 순회 회의를 통해 마을 별 의견을 취합하거나 연초에 지역주민의 견수렴을 위해 전체 마을을 순회하는 것을 확인했으나 건강위원회 위원들이 지역사회 주민들의 감시를 받고 있는지, 건강위원회 등 리더십을 운영하는 방식이 충분히 투명하고 개방적인지, 리더십이나 조직에서 배제되는 주민은 없는지를 확인하기는 어려웠다.

### ③ 관리/오너십

건강위원회 회의는 사업에 대한 주민들의 오너십을 확인할 수 있는 특정한 활동이다. 주민들이 자신들의 안전을 가지고 직접 회의를 진행하는지, 아니면 사업 담당자가 주민들이 모여 있는 이장 회의에 참석해 협조를 부탁하는지를 확인함으로써 사업에 대한 오너십을 파악할 수 있었다.

건강위원회 오너십은 지역에 따라 상당한 차이가 났다. 여기에서는 연구자가 방문했던 건강위원회 회의 중 E지역과 F지역을 대비하여 그 차이를 설명한다. E지역은 주민조직화가 잘 되어 있고 건강위원회가 주체가 되어 다양한 지역사회 자원들을 활용하고 있는 소위 우수사례마을이었다. 면사무소 2층 회의실에서 이장회의가 끝나고 나서 E지역 건강위원회 회의가 열렸다. 이장회의가 끝날 즈음 이장이 아닌 마을건강지기와 건강동아리 회장 등이 입장했고, 회의는 건강위원장에 의해 진행되었다. 건강 위원들과 동아리 회장, 건강지기가 각자 현황을 보고한 이후 건강위원장이 지역 행사 진행과 관련해서 안전을 제시하고, 의견을 수렴해 의사결정을 내렸다. 회의에 참석한 지방의회 의원과 공무원들은 주민들이 제시한 사안에 대해 관이 지원할 수 있는 부분을 논의하고 지원을 약속했다. 보건소 담당자는 주도적인 역할을 하기 보다는 주민들의 논의를 경청하며 보건소의 협조나 지원이 필요한 사안에 대해 답하고 위원들의 회의 내용을 녹취해 회의록을 작성하는 역할을 맡았다(참여관찰일지, E지역).

F지역에서도 건강위원회 회의는 면사무소에서 이장회의와 함께 진행되었다. 그러나 이장회의를 마치고 나서 건강위원회 회의가 1시간 넘게 진행된 E지역과는 다르게 이장회의를 시작하는 시점에 보건소 담당자 두 사람이 이장회의가 열리는 회의실로 서류와 배너를 들고 들어갔다. 담당자는 건강위원인 이장들에게 앞으로 있을 건강새마을 조성사업 행사 일시와 장소를 설명하고 각 마을에서 주민들이 최소 10명씩 참여할 수 있도록 지원을 부탁한다고 반복했다. 그 동안 다른 담당자는 건강새마을 조성사업의 로고가 그려진 배너를 설치하고 사진을 찍었다. 녹취나 회의록 작성은 이루어지지 않았으며 보건소 담당자들은 사업과 관련된 보고를 마친 후 이장회의에 참석하지 않고 퇴장했다(참여관찰일지, F지역).

대부분의 건강위원들이 이·통장단으로 꾸려졌으므로 사업 초기 건강위원회 회의 역시 월례 이장회의 일정에 맞춰 진행하는 경우가 많았다. 대부분 지역에서 건강위원회 회의를 위해 별도의 시간과 장소를 조율하는 것이 아니라, 기존의 이장회의에 건강새마을 조성사업과 관련된 사안이 추가되는 형태로 회의가 진행되는 형태로 건강위원회의 논의가 시작된 것이다. 차츰 건강위원회의 활동과 논의 내용이 많아지면서 회의 방식과 장소가 다양해지게 되었다. 가장 흔하게는 면사무소나 보건소 회의 공간을 활용했다면 일부 지역에서는 건강위원회 사무실을 따로 마련하여 활용했다. 리 단위에서 주민들의 요구를 확인하기 위해 각 마을(리)의 마을회관을 찾아가 일반 주민들이 의견을 제시할 수 있도록 이동 월례회를 여는 지역도 있었다. 2017년 9월 전체 27개 지역 사업 담당자에게 건강위원회 회의 일정을 문의하였을 때 이장 회의와 무관하게 건강위원회 회의가 고정된 일정을 가지고 운영된다고 응답한 지역은 5개 지역이었다.

건강위원회가 건강과 관련된 실질적인 의사결정을 하기 시작했을 때 관찰되는 뚜렷한 변화는 보건소와의 관계에서 나타났다. 건강위원회가 실질적인 의사결정을 하게 되는 지역에서 보건소 담당자의 역할이 축소되었음을 확인할 수 있었다. 담당자는 공식 안전을 제시하기는 했지만 전반적인 논의를

이끄는 것은 주민들이었다. 담당자는 회의에 참석해 회의록 등 서류를 작성하고 주민들의 요구에 대해 보건소가 할 수 있는 지원을 설명하는 정도로 개입의 폭을 줄이게 되었다(글상자 12).

#### 글상자 12. 보건소와 건강위원회의 관계 변화: 담당자의 역할 감소

E지역 담당자(여성): 건강위원회 회의 같은 경우에도 주민들이 워낙 주도로 하시기 때문에 제가 그냥 녹음해서 다음날 회의록 정리를 하는 거고, 제가 그 회의에서 나온 상황을 반영을 해서 위원장님이랑 지기님이랑 나눠서 사업을 진행하고, 이렇게 되어 있고

- 초점집단면접, E지역

J 지역 담당자(여성): 이제 마을에도 자체적으로 너무 잘 돌아가니까 제가 굳이 크게 이제 막 관여는 안 해요, 알아서 잘 돌아가셔서 그래서 안개에는 이제 시작해서 아마 내년에는 좀 더 바빠지지 않을까? 아직은 지금 저도 아직 사업을 공부하는 중이라서...

- 초점집단면접, J지역

“초기에는 어떻게 해야 할 지 몰라서 굉장히 어려움이 많았고, 보건소에서 하자는 대로 시키는 대로 따라가다 보니 참 힘들었는데 스스로 알아서 하게 되니 참 좋다”고 말하는 E지역 건강위원장의 발언은 건강위원회가 주도권을 획득하는 과정에서 겪었던 어려움과 현재 건강위원회의 통제력을 짐작할 수 있게 했다(관찰일지, E지역 건강위원장 면담)

건강위원회의 권력강화가 보건소 담당자의 업무 부담을 줄여주는 것은 아니었다. 찾아오는 주민들을 응대하는 대신 각 마을을 찾아가 주민들을 만나는 것은 익숙한 업무가 아니었다. 주민들은 보건소의 문제점을 지적하고 개선을 요구했다. 보건소 담당자가 바뀌어서 상황을 파악하지 못하거나, 바뀐 담당자가 예전처럼 마을에 나와서 활동을 돕지 않거나, 주민들의 활동을 제대로 사업평가자료에 담지 않아 지역의 활동이 성과대회에서 제대로 평가받

지 못했다는 불만이 터져 나왔다. 이런 상황은 보건소 담당자들에게 매우 부담스러운 것이었다.

일반 주민들을 대상으로 사업을 홍보하고, 지역의 건강 수준을 향상시키기 위한 주체로서 움직인다는 측면에서 건강위원회와 건강리더들은 보건소와 사업에 대한 오너십을 공유했다. 사업의 성과는 보건소의 것인 동시에 지역사회 의 것이었다. 따라서 담당자와 주민들은 함께 사업의 실적을 고민하고 사업의 성과를 함께 축하하며 협력적 관계를 쌓아나갔다. 주민 대표들이 사업을 통해 보건소 담당자와 빈번한 연락을 주고받으면서 보건소가 담당하는 다양한 활동들에 대해 알게 되고, 상호 신뢰를 쌓음으로써 함께 할 수 있는 일들의 범위가 넓어졌다.

관련해서 C면의 사례를 제시할 수 있다. 2017년 겨울, 면사무소 2층에서 열린 회의에서 C면 건강리더들은 사업이 2018년 5년차로 마지막 해인만큼 좋은 실적을 내기 위해서 어떤 주민 행사를 벌이는 것이 좋을지에 대해서 고민하고 논의했다. 건강리더들은 가능한 사람들이 많이 참석하고, ‘좋은 그림’이 그려질 수 있는 행사가 되려면 어떤 활동을 해야 하는지 고민했다. 보건소 담당자는 굳이 주민들의 회의에 개입하지 않았지만 보건소에서 제공할 수 있는 지원이 무엇인지를 언급하는 수준에서 그쳤다. 이를 관찰한 연구자가 이후 이어진 인터뷰에서 ‘주민들이 사업의 실적까지 고민하면서 일을 해야 할 이유가 있는지’에 대해 묻자 건강리더들은 지역의 실적이 좋게 나와야 보건소에서도 계속해서 지원을 할 가능성이 높고, 보건소와 주민들이 서로 도와가면서 서로 필요를 충족시켜주는 관계이니 당연히 사업 실적을 염두에 두고 활동하는 것이 옳다고 설명했다(관찰일지, C지역 참여관찰). 이는 주민들이 단지 보건소 담당자의 요청에 의해 움직이는 것이 아니라 사업 그 자체와 사업에 대한 관료적 평가에 대해서도 오너십을 가지고 이를 관리하고 있음을 의미한다.

주민들은 대체로 보건소가 주도권을 가지고 있는 건강증진활동을 벗어나는 영역의 문제들을 해결하는 데에 더 주체적인 역할을 맡았다. 마을에서



벌어지는 여러 의사결정의 주체인 이장단이 건강위원을 겸직했기 때문에 해결이 수월했던 문제들이 많았다. 뚝방길에 버려진 쓰레기를 치우고 오랫동안 방치되어 수풀이 울창한 마을 십터를 정비하는 데에는 여러 명의 인력이 필요했고 이를 추진하는 데에 마을 대표들이 동원할 수 있는 권위와 자원이 중요했다. 건강위원회는 새마을지도자회나 부녀회, 노인회, 체육회 등 다른 민간 조직들과 협력해 합의된 문제들을 해결해 나갔다. 이장단은 지역에서 활용가능한 다양한 기금과 예산의 활용 방식을 파악하고 있었고, 문제로 지목된 지역의 건강환경을 개선하기 위해 내부와 외부의 자원을 모두 활용했다.

주민들은 사업과 예산을 직접 관리할 수 있기를 요구하기도 했다(글상자 13). 건강위원회 협의체에 속한 주민들은 대부분 이장 등 지역의 중요한 사안들을 처리해본 경험을 가지고 있고, 민간단체에서 예산을 운용해본 경험이 있는 이들이었다. 오랫동안 이장 등의 업무를 맡아왔던 주민들은 건강새마을의 예산이 그리 크지 않고, 꼭 필요하다면 지역 내에서 마련하는 것도 가능하다고 보았다. 2018년 결정된 사업 연장과 예산 삭감(연 4천만원 → 2천만원)에 대해 I지역 건강지기는 “부족할 것 같은 부분은 연말부터 어디서든 융통을 해야 한다며 농협이나 군, 어디가 댔든 남는 돈이 있기는 할 것”이라며 자원을 동원할 수 있으리라고 예상했다.

### 글상자 13. 건강위원회와 보건소의 관계 변화: 예산 관리에 대한 요구

연구자 1(남성): (예산을) “반반 하면 안되겠습니까” 이렇게 하는 거예요. 그러니까 보건소가 화들짝 놀랐죠. 보건소도 그걸 알고 있죠, 이게 힘을 넘겨주는 것이라는 걸 알고 있는데.

- 연구자1 심층면담

#### ④ 자원 동원

건강위원회 주민들은 문제를 해결하기 위해 보건소의 예산에 얽매이지 않고 지역사회 내외의 자원들을 동원했다. 공동의 문제가 설정된다면 예산이 나오는 출처는 그리 중요하지 않았다. 정부가 추진하는 정책을 주민들이 일방적으로 순응하는 방식이 아니라, 지역 주민들이 합의할 수 있는 목표를 중심에 두고 주민들이 주체적으로 움직이게 되면서, 기존과는 다른 방식의 문제 해결이 가능해졌다.

주민들이 변화를 요구하는 주체가 되었을 때 민간과 공공, 서로 다른 기관과 부처의 협력이 촉진되었고, 자원을 동원할 수 있는 방식도 다양해졌다. 이는 크게 첫째, 해당 읍면동 소재지 내에서 동면사무소의 예산을 활용하거나 지역 내에서 가용한 공공자원을 확보하는 방식, 둘째, 기초자치단체나 중앙부처의 예산을 확보하는 방식, 셋째, 민간 조직이나 기업의 지원을 활용하는 방식이었다.

건강위원회가 지역에 건강환경 조성을 위해 지역 내 자원을 활용한 예는 거의 모든 마을에서 나타났다. 농로길을 포장하거나 저수지 옆 뚝방길을 걷기 좋게 정돈하고, 주변에 운동시설을 설치하는 등 건강코스과 관련된 투입이 흔했고, 이장이 면사무소에 요청해 문제를 해결하는 경우는 흔했다(글상자 14).

##### 글상자 14. 건강환경조성을 위한 자원 확보: 면 예산 활용

G면 건강위원(남성): 우리 면 같은 경우에는 지금 뭐 걷기 같은 거 이런 걸 할 때 보면은 동네에 마땅치가 않잖아요. 코스 같은 게 (정리가 되어) 그래서 저 같은 경우는 이제 추경에 받아가지고 농로 해 가지고 거기에 걷기를 그렇게 하면은 두 개 부락을 왕복할 수 있는 농로길을 이제 포장 구간이 거의 한 300미터 정도 안 되가지고 거 비포장이 되 가지고 걷기가 상당히 어려웠거든요. 그래가지고 아 이거 마 저걸 숙원사업으로 해

가지고 뭐 다 이어져 버리면은 동민들이 걷기코스도 되고 안 좋겠나 해가지고 그걸 뭐 하여튼 예산을 좀 확보를 해 달라 했더니 그거는 받았어요, 그거는 받아서 지금 완료를 시켜 놔거든요. 그래서 그걸 내가 그 코스를 걸으면 딱 40분 걸려. 그래서 상당히 좋아하더라고 어르신들이.

- 초점집단면접, G지역

시군에서 자원을 지원받은 사례도 있었다. I 지역에서는 2016년 건강위원회가 마을 별 숙원 사업을 지방자치단체장에게 제출하고, 군수는 이런 ‘민원 사항’을 해결하기 위한 예산을 편성했다. 사업 담당자와 건강위원은 I지역의 건강위원장이 군의원 출신으로 예산편성에 영향을 미칠 수 있는 군의회의 구성원들과 좋은 관계를 유지하고 있다는 점이 중요했다고 평가했다. 전반적으로 지역 주민들의 건강이라는 소재의 공적 성격, 지역의 열악한 건강 수준에 대한 지식, 그리고 이전보다 더 많은 주민들의 의견을 모으고 그를 토대로 활동하는 건건강위원회의 참여적 방식은 공적 자원을 동원하는 데에 유용한 방식이었다. 이에 대해 건강지기는 ‘이 일은 누구 하나 잘 되자고 하는 것이 아니라 다 같이 잘 되자고 하는 것이고, 마을마다 이야기하라고 해서 제출한 민원을 처리하는 것’이었기에 예산 집행의 정당성을 확보할 수 있었을 것이라고 설명했다(관찰일지, I면 참여관찰)

I 지역의 외부 자원 유치가 지역의 정치인에게 직접 요청하는 방식으로 이루어졌다면 지역에 자원을 유치하기 위해 적극적으로 로비를 벌였던 사례도 있었다. E 지역에서 건강위원회는 지역에 체육시설을 유치하기 위해 적극적인 정치적 주체로 나섰다. E 지역에서는 2014년부터 건강활동 동아리들이 결성되어 운영되고 있었지만 주민들이 사용할 수 있는 공공체육시설이 갖춰져 있지 못했다. 주민들은 면사무소나 지역의 유희공간, 초등학교 다목적실을 활용했지만 계속해서 공간 확보에 어려움을 겪었다. 이에 건강위원회는 지역에 체육시설유치를 추진했다. 건강위원회는 위원회에 참여하는 시의원과 도의원들을 통해 정보를 파악하고 지역 행정부와 의회를 만나 예산을

요청했다. 이후 면사무소의 도움을 받아 지역 내 체육시설을 설치할 수 있는 공용대지를 찾고, 관련된 법적, 행정적 문제를 해결하기 위해 궁리했다. 이 과정이 결코 간단하지 않았지만 2년이 넘는 노력 끝에 2017년 관할 지자체 사업으로 체육관 건립이 결정되었다. 주민들은 체육관 운영비를 스스로 마련하기로 하고 현재 비어 있는 농어촌공사 부지에 농사를 지어 체육관 운영기금을 마련할 계획을 세웠다(글상자 15).

#### 글상자 15. 건강환경조성을 위한 자원 확보: 외부 자원 동원

E면 건강위원회는 각 마을을 순회하며 매번 주민들의 수요를 조사하고, 여러 동아리를 운영하며, 건강 위원회의 경우 여러 동아리들의 활동을 재정적으로 행정적으로 지원하고 조율한다. 이런 ‘순회’는 주로 건강위원회 위원장과 건강지기가 중심이 되어서 하는데, 사업 초반에는 보건소 담당자가 함께 움직이기도 했지만 최근에는 보건소가 이런 의견수렴에 모두 동행하지는 않는 편이다.

족구나 탁구 등을 위해서는 공간이 필요하고, 여러가지 프로그램을 운영하기 위해서도 안정적으로 활용할 수 있는 건물이 필요하다. 여의치 않아 이곳저곳 돌아다니다가 이렇게는 어렵겠다는 생각이 들어 다용도 체육관 건립을 추진하게 된 것이 사업 2년차이다. 면사무소의 도움을 받아 공용대지-도부지-를 물색하고, 적당한 부지를 찾아 지자체 사업으로 체육관을 짓기로 했다. 이를 위해 도부지를 지자체 부지로 소유변경해야 해서 시간이 더 필요했고, 그 사이에 주민들은 체육관 운영비용을 대기 위해 놓고 있는 (체육관 건립을 위한 부지 물색 중에 발견한) 농어촌공사 부지에 배추와 무 농사를 지어 기금을 마련하기로 의논 중이다.

- 참여관찰일지, E면

E지역 주민들은 다목적체육관을 유치하는 과정에서 주민들이 다방면으로 기여하고 운영비를 맡기로 약속하는 등 책임을 나누었음을 강조했다. 보건

소 담당자가 작성한 사업보고서에도 이를 건강위원회의 성과로 돌렸다. 그러나 지역 의회의 회의록이나 사업에 대한 언론 보도 등 공식 문헌에서 주민들이 지역에 시설을 유치하기 위해서 했던 노력을 교차검증할 수는 없었다. 시설 건립과 관련된 논의가 2017년 의회 회의록에서 확인되었지만 의사 결정과정에 주민 참여를 엿볼 수 있는 대목은 확인되지 않았다(글상자 16).

**글상자 16. 건강환경 조성을 위한 자원 확보: 지방의회 정책과정에서 부재**

**E지역 의회 회의록(제243회-제1차-경제산업위원회-2017.10.20 금요일)**

○ 재정관리과장 : 안녕하십니까? 재정관리과장 김○○입니다.

재정관리과에서 제출한 2017년도 제4차 수시분 공유재산관리계획안에 대하여 제안설명을 드리겠습니다. 16쪽, E 지역 다목적회관 건립입니다. 이 사업은 농촌생활환경 정비사업으로써 사업목적은 상대적으로 낙후된 E 지역 주민들에게 문화체육활동을 즐길 수 있는 다목적회관을 건립하여 주민들의 여가활동 및 화합의 장소를 제공하고 또한 주민복지와 건강증진을 통하여 주민들의 삶의 질을 향상하고자 하는 데에 있습니다. 위치는 A구 E면 B리 765-161번지이며, 사업부지는 1,000㎡에 건축연면적 350㎡이며, 지상 1층 규모로 신축할 예정이며, 사업비는 약 13억 원이 되겠습니다. 사업기간은 2017년 1월부터 2018년 12월까지이며, 다목적회관 공간은 강당, 무대, 화장실, 창고, 체육시설 등을 배치하여 활용할 계획입니다.

그간 추진경위에 대하여 말씀드리겠습니다. 2017년 3월 다목적회관 건립을 위해 실시설계 용역 발주와 2017년 4월 주민소통의 날을 맞이하여 E 지역 다목적회관 건립 현안사항에 대해 주민들에게 설명드린 바 있습니다. 2017년 4월 다목적회관 건립을 위해 실시설계를 착수하고 2017년 6월 주차장 및 잡종지 용도로 무상사용할 수 있도록 경상북도로부터 허가가 되었으며, 2017년 8월 도유재산 매입을 위해 경상북도에 도유산 매입을 요청하였으며, 2017년 10월 말까지 건립부지인 도유재산을 매입하고 매각

할 예정입니다. 향후계획으로는 2017년 10월 건축 인허가 및 경상북도 원가심사를 완료한 후 2017년 11월 착공, 2018년 7월 준공하도록 되겠습니다.

E지역은 중앙 정부의 자원도 활용하고 있었다. 2016년 E지역은 농촌진흥청이 추진하는 “농작업 안전보건마을 육성 시범사업”에 공모하여 사업지로 선정, 2017년부터 2019년까지 2억 원의 예산을 확보했다. 농촌진흥청의 사업은 ‘농작업 환경이 열악하고 개선의지가 높은 마을’을 선정하여 3년 간 사업비를 지원하는 사업으로, ‘마을 주민 간에 화합이 잘 되고 조직 활동이 활발하여 타 사업의 추진 효과가 높은 마을’을 우선한다. E지역 건강위원회는 2014년부터 파악해온 지역의 건강 현황과 필요를 토대로 보건소 및 면과 협력해 농촌진흥청의 사업에 지원했다. 건강위원회의 운영단위가 ‘면’단위인 반면 농작업 안전보건마을 육성 시범사업은 ‘리’단위의 사업으로 집중적인 자원을 투자하는 사업이다. 따라서 농작업 안전보건마을 사업을 통한 물리적 시설 유치는 선정된 리를 중심으로 이루어졌다. 건강위원회에서 건강위원장은 이런 사정을 설명하며 공모사업이 제공하는 교육과 건강 프로그램에 건강위원회와 다른 리 주민들이 배제되지 않고 참여하도록 노력했다(글상자 19).

#### 글상자 17. 건강위원회의 자원 확보: 공공 사업 공모

##### E마을 건강위원회 회의록(2017년 2월)

시의원: 반갑습니다. 오늘 회의한다고 해서 달려왔습니다. 그리고 E면 X리에 좋은 소식이 있어 축하드립니다. 농작업안전보건마을로 X리가 3개년 사업이 선정되어 다시 한 번 축하드립니다. E지역은 워낙에 건강에 신경을 쓰시고 위원회가 있으며 지금까지 잘 진행되고 있어서 최대한의 인프라가 있는 곳에 선정이 되어 시너지 효과가 더 날 것 같습니다. 만약에 지금까지 하는 사업이 잘 안됐더라면 힘들었을 텐데 면이나 보건소에서도

많은 도움을 주시고 건강위원회도 단합이 잘되어서 더 많은 기대가 됩니다.

건강위원장: 회의를 진행하도록 하겠습니다. 먼저 ○ 의원님께서 말씀해주신 거를 좀 더 설명드리자면 농작업안전보건마을이라고 해서 도 사업\*으로 진행하는 것입니다. ○○이랑 경쟁을 하게 되었는데 운이 좋게도 저희들이 따오게 되었습니다. X 마을 중심이 되어서 하는 사업이지만 우리 E면민들이 다 활용할 수 있도록 하겠습니다. 내년, 후내년에도 계속 사업 신청을 받는다고 하니 다른 마을에서도 관심을 가지고 신청하기를 바랍니다.

- 사업평가자료, E지역, 2017년

\* 농작업안전보건마을육성시범사업은 농촌진흥청의 사업으로 건강위원장이 사업 주체를 착각한 것으로 보임.

지역 내 민간 자원도 동원했다. 건강위원회 위원들은 지역의 다른 민간 조직에도 참여하고 있는 경우가 많았고, 예산이 사용되는 방식에 대한 이해도 높았다. 주민들이 직접 나서서 문제를 해결하기 시작하면 지역의 다른 조직들도 이를 위해 협력하기 마련이었다. H지역 경험에 대한 건강위원장의 설명은 이를 단적으로 드러낸다.

H지역에서 주민들은 방치되어 있던 폐교의 공터와 컨테이너를 활용해 공간재생에 나섰다. 이 과정에서 건강위원장이 속해 있는 지역 청년회가 주도적으로 움직였다. 지역에서 비교적 젊은 층에 속하는 주민들이 건강위원회 조직을 발판삼아 공간재생사업을 진행했다. 보건소에서 지원할 수 없는 다양한 지원들을 민간과 공공에서 이끌어내고, 부족한 자원은 자신들의 노동력으로 채웠다. 스스로 해결할 수 없는 문제들을 해결하기 위해 지역 내 관계를 활용했다. 지역 건설사에 부탁해 방치되어 있던 컨테이너들을 이동시키고, 도색을 위한 재료는 보건소 예산으로 충당했다. 이들이 사업 진행 내용을 공유하는 SNS(밴드)에는 건강위원회 위원장을 비롯해 주민들이 스스로

공터를 제초하고 컨테이너를 도색하고 현판을 제작하는 과정이 빠곡하게 기록되어 있었다. H지역 건강위원장은 보건소가 아닌 주민들이 중심이 되어 사업들을 추진했기 때문에 결과가 달랐을 거라고 말했다. 이들은 청년회나 새마을회 등 단체에 활동했던 경험을 가지고 있었기에 공간을 구성하는 것이 목표였다면 얼마든지 공공자금을 지원받아 문제를 해결할 수 있다는 것을 알고 있었다. 하지만 외부의 지원을 받아 물리적 환경을 변화시키는 대신 지역 주민들이 함께 고민하면서 직접 자신들이 이용할 공간을 만드는 과정은 참여자들에게 큰 의미가 있는 사건이었다. 지역주민들과 공무원들이 과정을 목격했고, 여러가지 추가 자원이 투입되었다. 면사무소는 자체 예산을 들여 새롭게 단장된 면민 운동장 주변에 걷기 코스를 조성했고, 이 공간을 더럽게 활용하던 주민들도 더 이상 공간을 어지럽히지 않고 깨끗하게 사용하게 되었다. 정돈된 공간에서 행사를 치르고, 건강위원회 위원이 강사 자격증을 취득해 건강증진프로그램을 운영하면서 주민들의 호응도 이끌어낼 수 있었다(글상자 18).

또한 H지역에서 건강위원회는 청년회나 노인회, 새마을회 등 다른 조직들이 동의할 수 있는 활동을 하면서 서로 도움을 주고받을 수 있는 관계를 형성하고 있었다. 인접한 물리적인 공간과 서로에 대한 재정적 기여가 도움이 된다는 H지역 건강위원장의 의견은 건강한 마을을 만들기 위한 지역주민들의 노력이 서로 다른 조직과 오너십을 공유하면서 지속가능한 관계를 축적했을 때 실질적 변화가 가능할 것이라는 안목을 보여준다.

#### 글상자 18. 건강환경조성을 위한 자원 확보: 내부 자원 동원

H지역 건강위원장: 저희들이 면민 운동장이라고 저희들 이제 운동장이 있었는데 그게 한 30년 정도를, 제가 거기 모교로, 있었는데도 분교로 방치가 되어 있었습니다. 행사때마다 제초하고 그 정도로, 행사용으로, 이 좋은 부지를, 건강위원회에서 활용을 좀 해서 해보자 해서 저희가 회의를 해가 위원들하고, 처음에는 이랬던 거 같아요. 저희가 건강 위원을 마을마



다 다 뽑아 냈지만, 제가 사업비 환경조성 사업이라고 보건소에서 관에서 나오는 돈으로 지탱해서 사업자를 선정해서 했으면 주민 호응도는 훨씬 낮았을 겁니다. 그런데 저희가 처음에 결성되고 나서 저희 집행진이 고생을 좀 했습니다. 저희가 거기 5개월을 매달려서 손수 직접 다 가꾸고 풀도 베고, 그런 장소를 마련하니까, 거기서 할 수 있는 일들이 상당히 많더라고요. 관에서도 걷기 길이라든지 이런 지원도 좀 나와 주고. 제일 첫째 성과로서 저희가 건강위원회 사무실을 거기다가 만들기로 회의 결과가 나와서, 사무실을 거기에다 만든 이유는 사무실이 뭐 그렇게 좋은 건 아닙니다. 그냥 관공서에 사무실을 하나 빌려 쓸 수도 있었는데, 거기 운동장에 보면 방치되어 있던 컨테이너가 네 개가 있었습니다. 그 컨테이너 중 하나를 저희 건강위원회에서 발전위원회에서 해서 꾸며서, 예산은 나오는 걸 일일이 예산 가지고는 가능하지가 않더라고요. 컨테이너 네 개를 이쁘게, 꾸며서, 그리고 다른 단체, 사단체-쉽게 말하면 새마을이라든지 청년협의회라든지 거기 들어와있는 사무실이 있습니다. 노인회도 그렇고. 그렇게 꾸며 놓으니까 운동장이 예전에 보다는 많이 나아졌습니다...(중략)...깨끗하게 해 두다 보니 깨끗하게 쓰고, 그렇게 되는 것 같아요. 우리 위원들이 그렇게 이제 만들어서 세 개 단체, 네 개 단체 사무실이 아마 거기에 모여있습니다. 건강 위원회가 활동을 하면서 긍정적인 평가를 받으려면, 각 읍면에 있던 단체의 지원도 받아야 된다고 생각을 합니다.

- 건강새마을 조성사업 확산전략 심포지움(2017.12.27)

E지역과 H지역의 사례는 스스로 지역의 변화를 추동하겠다는 오너십을 가지고 주민들이 움직이기 시작했을 때 다양한 자원을 동원할 수 있고, 실질적인 변화가 가능했음을 보여준다. 그러나 주민들이 직접 지역의 문제를 인지하고 삶을 변화시키기 위해 움직이기 위해서는 주민들이 권력강화될 수 있는 정치적 공간과 자원, 그리고 시간이 필요하다. 이는 주민들이 필요를 인지했을 때, 스스로 문제를 해결할 수 있도록 지원하는 대신 정부나 외부

개입자가 나서서 주민들의 필요를 충족하는 것은 오히려 권력강화의 기회를 축소할 수 있음을 의미한다.

심층면담에 참여한 한 연구자는 주민주도성을 강조하며 주민의 요구를 행정적으로 해결하는 방식의 주민참여의 한계를 역설했다. 주민들이 변화의 주체가 되기 위해서는 필요를 인식하고 의견을 내는 데에 그치지 않고 직접 문제를 해결하는 데에 주도적인 역할을 맡아야 한다는 것이다. 연구자 6은 건강 영역을 포함한 많은 영역에서 국가중심, 관료중심 개입의 효과가 지속 가능하지 않고, 반복해서 실패했던 경험이 충분하므로 공중보건 개입이 주민들이 조직되어 스스로를 변화시킬 수 있도록 하는 참여적 접근으로 전면적으로 전환되어야 한다고 보았다. 이런 관점에서 보건소의 역할은 주민들이 스스로 주인의식을 가지고 조직하여 자신의 문제를 해결할 수 있도록 도우면서 참여의 공간을 열어내는 데에서 멈춰야 한다. 요컨대 주민참여가 초대된 공간에서 주어진 목표를 따라가는 것이 아니라, 주민들의 요청을 표출하고 해결할 수 있는 보다 역동적인 공간으로 재구성되어야 한다는 것이다 (글상자 19).

#### 글상자 19. 주민주도적 변화의 중요성

이 사업에 있어서 중간 목표는 뭐냐면 주민의 조직화예요. 주민 조직이 만들어지는 거예요. 조직화라고 해서 위원회 출범식 갖고 이런 게 아니라, 주민들이 모여서 자기들의 문제를 이야기하고 이 문제를 자기들이 해결해 가는 모임이 조직되는 거. 그 차이점, 이해가 되시죠? 뭐 위원회, 임명장 주고 회의하고 이게 아니고. 사람들이 모여, 자발적으로. 그 다음에 우리 지역의 문제를 얘기를 해. (우리 지역에서는) 이런 게 문제야, 이런 게 잘 됐어, 왜 이렇게 사람들이 인사를 안 해, 뭐 그럼 인사 잘 하게 할까? 자녀교육을 좀 잘 하자, 집에서 얘기를 좀 하자, 그럼 해결 됐잖아. 이게 진짜 모임이 만들어져야 해요. 이게 건강지표가 좋아지고, 내지는 걷기 동아리가 만들어지고 걷기길이 만들어지고 이러면 망한다니까? 이거의 목표는

주민의 조직이에요. 조직. 그 조직이 하고 싶은 걸 해야 해요. 그 조직에 진짜 간절한 것이, 이렇게 되는 거죠. 우리 지역에 우리 지역은 사람이 왜 이렇게 많이 죽어? 걷지를 않아? 심각성을 파악을 한 거죠. 야 그럼 이제 나만 이렇게 하는 게 아니라, 사람들이 다 이렇게 생각을 해요, 그럼 우리 지역에 걷기 길을 만들어야 겠다, 해서 직접 만들면 성공이에요. 만들기 위해서 자기네들이 뛰어다니면서 지원을 요청받아서 하면 되요. 단 그것도 근데 제가 정말로 막는 거는, 예산 끌어와서 공사하면 이걸 짤인거고, 그게 아니라 우리가 길을 만드는데 재료비라던지, 요런 것들을 지원을 받는 거죠, 그래서 이렇게 되어야 하는 건데, 만약에 걷기 동아리라던지 걷기 길을 만드는 게 목적이잖아요? 그건 아주 쉬워요. 그건 담당자가 하면 되요. 보건소 담당자가. 실제로 그렇게 하고 있죠. 그게 목적이니까. 사람들 불러요, 걷기 하자고. 강사도 우리가 대준다고 해요. 오시면 수건도 드릴게요, 해서 사람 모아요, 그럼 걷기 동아리 잘 되잖아요, 그러다 보니 걷기 길이 필요하다, 뭐 하면 우리가 만들어드리겠습니다. 해서 도청에 얘기해서 길 쪽 만들었어요. 그런데 이걸 남는 게 하나도 없어요. 걷기 길을 만들었는데 이 사업이 주민의 조직이었잖아요? 자기 문제를 직접 해결하는? 이걸 길만 만들어진 거예요. 근데 사람들이 안 걸으니까 풀이 막 나네? 그럼 사람들이 욕해요. 시에서 만들어 놓고 관리를 하나도 안 한다. 그러니까 문제가 해결이 안 된다는 거죠.

- 심충면담, 연구자6

그러나 사례 대부분에서 건강위원회는 직접 문제를 해결하기 보다는 외부의 자원을 동원하여 문제를 해결하는 방식을 택하고 있었다. 변화는 초기자원투입만으로 유지되기 어렵다. 군 예산이 책정되어 마을별로 주민숙원사업으로 환경 개선을 한 1면의 사례도 그 중 하나다. 1면의 한 마을에서는 농업 폐기물이 방치되어 있던 마을 진입로에 쉼터를 마련하고 여기에 운동기구를 설치하는 것을 마을의 숙원사업으로 제출했다. 이후 군에서 지원받은 예산

으로 마을 진입로 정자를 정비하고 운동기구를 설치했지만 이 공간을 관리하는 것은 또 다른 이야기였다. 곧 이 공간에 잡초가 자라기 시작했고 공간은 다시 방치되어 고민거리가 되었다. 결국 보건소 담당자는 사업의 성과로 기록된 이 공간이 지속적으로 활용될 수 있도록 주민들에게 제초 등 관리를 요청했고, 가구수가 적고 노인 인구가 많은 마을의 사정을 고려해 건강위원회는 I지역 내 다른 마을에 사는 주민들이 주기적으로 공간을 정돈하기로 했다. 이는 쉼터 조성에 대한 주도권이 누구에게 있었는지를 엿볼 수 있게 해준다.

## ⑤ 외부 주체의 역할

경상북도의 사업 계획에서는 이 사업의 비전을 “건강취약지역의 건강환경 개선으로 지역 간 건강격차를 해소하고 건강수준을 향상”하는 것으로 설정한다. 이를 위해 사업은 ① 건강친화적 마을 조성, ② 지역 맞춤형 건강 사업 활성화, ③ 지역사회 인프라 조성, ④ 주민조직화를 전략으로 삼아 지역 주민 참여형 건강마을 자립을 구현하고, 지역사회 맞춤형 통합 건강서비스를 제공하는 것이 목표다(그림 11 참고).

경상북도와 지원단은 모두 주민들의 참여와 자조적 노력을 강조했다. 주낙영 행정부지사는 사업 도입 당시 건강새마을 조성사업을 정부 3.0의 맥락 위에서 볼 수 있다고 보았는데, 이는 당시 경상북도가 “국민이 중심이 되어 국정 운영을 민간부문과 정부와 협력을 통해 이끌어나간다”는 비전과 “개방, 소통, 공유, 협력을 수단으로 서비스 정부, 투명한 정부, 유능한 정부를 지향”하는 정부 3.0의 관점에서 이 사업을 이해하고 있었음을 짐작하게 한다. 경상북도 건강새마을 조성사업을 정부 3.0 사업의 사례로 다루는 행정자치부의 보고서는 사업이 공공데이터를 활용해 작성한 마을건강지도를 ‘공개’하고 사업지역을 선정하고 주민들의 의견을 토대로 건강증진활동을 진행하고 있기에 ‘국민맞춤형 서비스’를 제공한다고 볼 수 있으며 ‘서비스 정부’의 요건

을 충족시키고 있다고 평가하고 있다(행정자치부 2015, 99~106p.).

2014년 성과대회에 참석한 행정부지사를 비롯해 사업의 공식 행사에 참여한 경상북도의 관료들은 이 사업이 100세 시대에 주민들이 스스로 지역의 건강문제를 해결할 수 있도록 주민들의 자조적 노력을 지원하는 사업이라고 강조했다(글상자 20).

**글상자 20. 사업에 대한 정책결정자의 관점: 사업의 목적과 전략**

경상북도 행정부지사: 박근혜 정부가 지향하는 정부 3.0의 가치가 공개 개방 공유 협력 소통입니다. 우리 331개 읍면동 각 마을이 가지고 있는 건강 정보를 지도로 함께 모아보았습니다. 그래서 우리 지역 주민들이 지역에 건강상의 문제가 무엇인지를 소상히 알게 함으로써 지역 주민들이 스스로 자기 건강을 위해서 자조적인 노력을 할 수 있도록 이런 프로그램을 하는 것입니다. 우리 건강새마을 사업도 우리 주민 스스로 하고 싶은 일 해야 할 일 이런 것들을 전문가의 자문을 구하고 우리 행정의 재정적 지원을 받고, 여러분 스스로가 건강한 마을을 만들기 위해 자조적 노력을 하도록 하는 이런 프로그램입니다. 우리 고령화 비율이 날로 높아가고 있기 때문에 우리 노인 분들이 건강하게 잘 사는, 그런 마을을 만들어야 하지 않겠습니까? 그래서 요번에 건강새마을 사업을 하는데 이 프로그램이 상당히 좋은 프로그램이라고 인정을 받아서 행정자치부의 과제로 선정이 되었는데, 잘 좀 다듬어서 우리 경상북도만 건강한 그런 나라가 아니라 전 대한민국이 건강을 통해서 행복을 향유하는, 그런 나라로 좀 나아갔으면 좋겠습니다.

- 2014 건강새마을 조성사업 성과대회(2014.12.16.)\*

\* '2014년 건강새마을 조성사업 성과대회' 개최에 대한 국제저널 뉴스에서 발췌,

자료원: <https://youtu.be/-5skmW7eA4g>

경상북도는 주민 참여가 중요하다고 말했던 내용대로 보건소 직원들을 거치지 않고 직접 주민들의 의견을 수렴할 수 있는 기회를 마련하기도 했다.

전체 지역 주민들이 모여서 워크숍을 진행하는 날 도 담당 주무관과 사무관이 참석해 별도로 건강위원회협의체 의원들이 건의사항을 듣고 필요한 지원을 약속하는 것은 주민들에게 사업이 경상북도가 관심을 가지고 있는 중요한 사업이며, 책임감을 가지고 자신이 사는 지역을 대표해 참여해야 하겠다는 생각을 하게 해 주었다(참여관찰기록, K지역 건강지기 인터뷰 2017.9.19.).

지원단의 자문연구진들도 문제를 도출하고 이를 공유하여 해결할 수 있는 단위로‘마을’의 가능성과 마을만들기 운동의 의의를 소개하고 주민들이 스스로 마을을 변화시킬 수 있는 주체가 될 수 있음을 알리기 위해 애썼다. 연구자들은 주민과 보건소 직원들이 참여하는 워크숍 등에서 마을 만들기에 대한 국내와 국외의 사례들을 소개하고, 보다 포괄적인 관점에서 건강을 인식하고 교통, 환경, 문화 등 건강과 관련된 마을의 문제들이 존재하고 이를 해결할 수 있음을 보이는 교육을 지속했다.

보건소가 사업을 주도하려고 하는 경우 이를 말리고, 주민들의 역량과 힘이 길러지기를 기다리도록 설득하고 안심시키는 것도 자문 연구자들의 역할이었다. 워크숍, 성과대회, 개별 마을 방문 등 다양한 기회에서 연구자들은 기존의 보건사업의 틀대로 실적과 성과를 위해 노력하는 담당자들에게 주민들이 스스로 움직일 수 있도록 가능한 논의를 주도하지 말고 기다리고 배려해야 한다고 조언했다. 사업을 진행하는 과정에서 보건소 담당자들도 가능하면 마을에 많이 다니면서 더 많은 주민들을 만나고, 주민들이 좀 더 많은 의사결정을 할 수 있도록 권한을 넘기는 것이 중요하다는 것을 이해하고 수용할 수 있었다(연구자 1 심층면담).

‘주민이 스스로 자신의 건강을 위한다’는 강조는 다양한 맥락에서 해석될 수 있지만 주민들은 대체로 이것을 개인 수준에서 자신의 건강에 대한 자기 통제와 관련된 것으로 받아들였다. 주민들은 “건강은 내가 스스로 돌보아야 한다는 것을 스스로 자각”하고, 걷기와 덜 짜게 먹기 등 일상에서 실천을 통해 스스로 건강을 관리할 수 있다는 것을 인식하며 혈압과 혈당을 직접 재

는 등 건강하게 오래 살기 위한 의지를 가지고 생활하는 것이 이 사업이 목표로 하는 변화라고 생각했다.

스스로 건강을 돌보는 것 주체가 개인으로 한정되는 것은 아니었다. 사업이 시작하고 4년차가 되는 2017년, 주민들, 적어도 마을 대표로 참여하는 지도자들은 사업을 통해 마을이 스스로 자신의 건강을 돌볼 수 있을 정도로 성장해야 한다는 이해를 공유하고 있는 것으로 보였다. 건강을 위한 활동이 자조적, 자발적으로 이루어져야 한다는 생각은 사업 기간이 길어질수록 점차 강화되었다. 여러 주민들이 2014년 사업을 시작했을 때부터 활동을 하고 있는 것에 비해 보건소 담당자나 지원을 맡은 면사무소 직원들은 수차례 변경된 상황이었다. 담당자 변경 때 마다 사업 진행의 어려움을 겪으면서 주민들은 결국 사업의 오너십이 자신들에게 있음을 실감하곤 했다(글상자 21).

#### 글상자 21. 사업참여 지속성과 주민 오너십

건강위원회협의체장(남성): 지금 우리 처음에 같이 시작했던 도의 공무원님들, 2014년 처음 시작할 때 공무원님들 지금 한 명도 없습니다. 다 바뀌었어요. 그리고 읍면동을 담당하는, 보건소 담당자 공무원도 거의 다 바뀌었습니다. 이걸 무엇을 의미하는가 하면, 이 건강새마을은 도에서 하는 것도 아니고, 보건소에서 하는 것이 아니고, 바로 우리 주민 스스로가 하는 것이라고 이런 것을 암시한다고 생각합니다. 그래서 우리 스스로, 건강하게, 오래 살려고 하는 의지를 가지고 생활할 때에, 건강새마을은 성공할 수 있을 거라고 생각을 합니다.

- 건강새마을 조성사업 성과대회 인사말(2017.12.21)

사업에 대한 보건소 담당자와 보건소장의 태도 역시 주민들의 참여가 심화되는 데에 중요한 역할을 했다. 사업 담당자의 적극적인 주민조직화는 사업 초기 주민 조직을 구성하고 주민들이 활동 주체로 성장하기 이전에 가장 중요한 역할을 했다. 기관 내에서 필요한 서비스를 제공하는 역할에 익숙한

대부분의 보건소 직원들은 주민참여가 ‘현실적으로 어려운 점이 많고’ ‘주민 주도 보다 보건소 주도로 하는 것이 더 효율적인 측면이 있다’고 생각하기도 했다(2015 주민 참여 모니터링 보고서, 100~101p.).

주민 조직화와 리더십, 오너십 수준에 따라 보건소 담당자들의 시각은 매우 달랐다. 실질적인 주민 참여와 활동이 이루어지지 않는 지역에서 한 담당자는 사업의 업무량이 그렇게 많지는 않고, 도시 지역과는 다르게 주민들의 연령대가 높다 보니 주민 주도를 하기는 어렵고, 건강 리더들이 교육을 잘 받고 이 사람들이 중심이 되어 주민들 의견을 전달을 하는 방식으로의 참여를 촉진할 수 있으리라고 전망했다(F지역 담당자 면담, 사업담당자 대상 설문조사). 반면 주민 참여 수준이 좀 더 높은 지역에서 보건소 담당자들은 업무의 과중함을 호소했다. 마을까지 수시로 드나들어야 하고, 확인하고 챙겨야 할 업무가 매우 많은데 도와 군, 보건소에서 모두 관심을 가지고 지켜보는 사업이기 때문에 더욱 부담이 가중되었다. 다른 지역 주민들의 활동과 자신이 담당하는 지역 주민들의 활동을 비교하면서 보건소가 담당하는 업무를 줄이고 주민들이 직접 하는 일들이 많아져야 한다고 생각하기도 했다(글상자 22).

#### 글상자 22. 사업에 대한 담당자들의 피로감

H지역 담당자(여성): 이 사업이 사실 보람되기는 하는데 시간이 너무 많이 들어가서, 보고서 써야 할 것도 너무 많구요... 그렇게 선호하는 사업이라고 하기는 어렵지요. 주민들이랑 친근하게 지내고 이런 것도 너무 좋기는 한데, 그래도 오래 하기에는 진이 너무 빠져요.

- 참여관찰기록, 담당자 면담, H지역

I지역 담당자(여성): 다른 지역에 보면 더 열심히 하는 주민들도 계시거든요. 그렇잖아요, 이게 언제까지나 보건소가 다 해줄 수 없는 거고, 주민이 알아서 하는게 이 사업 취지인거잖아요. 거기 어디죠 각남인가 거



기랑 비교하면 우리 지기님이 그렇게 일을 많이 하는 건 아니라고 생각해요.

- 참여관찰기록, 담당자 면담, I지역

글상자 14에서 확인되듯, 실제로 주민들이 사업을 주도하는 것에 익숙해지고, 어느 정도 활동 양식이 안정화된 마을에서 담당자들은 오히려 일이 줄어드는 경우도 있었다. E 지역과 J 지역이 그러했는데, 이 지역 모두 초반에 주민들과 함께 고생하며 사업을 꾸려왔던 담당자는 업무가 전환되어 다른 부서로 가고, 보건소에 입사한지 오래 되지 않은 20대 여성 담당자가 사업을 맡고 있었다. 이런 경우 담당자들보다 주민들이 사업에 대해서 더 많은 경험과 오너십을 가지고 있었으므로 담당자들은 주민들에게 배워가며 주민들의 활동을 보조하는 듯한 태도를 취했다.

일부 담당자들은 지역의 필요를 중심으로 문제를 진단하고 해결하는 이 사업을 매우 긍정적으로 평가했다. 경상북도와 자문연구자들이 사업에서 주민 참여와 자조적 노력을 강조했던 반면 이런 담당자들은 사업이 하향식으로 ‘뿌려지는’ 사업이 아니라 주민들의 필요를 직접 진단하고 그에 맞춰 사업을 계획하는 체계적인 형태를 가지고 있다는 점에서 매우 훌륭하고, 앞으로 보건사업들이 변화해나가야 할 방향이라고 평가했다(글상자 23).

#### 글상자 23. 보건소 담당자가 생각하는 건강새마을 조성사업의 장점

A지역 담당자(여성): 그게 참 중요해. 지역 진단. 그 진단에 맞춰서 그 사업을 해나가고 한 게 참 중요. 그런 통계가 있지만. 지역만 몇 사람 몇 사람 표본 추출해서 하는 거고. 이렇게 대규모로 진단하는 경우가 잘 없잖아요. 그런 새마을조성사업을 정말 체계적으로 진단하고. 그 진단 결과에 의해서 사업을 하고 또 성과 분석을 위한 또 설문조사를 하고 이게 너무 좋은 거예요. 그래서 그게 상응하는 뚜렷한 결과가 안 나올지 언정 또 이렇게 해봤는데 이렇게 개선이 안 되네. 그럼 어떤 방향으로

나갈까. 또 이렇게 되고. 이게 정말 체계적인 사업이다...(중략)... 지역 주민들과 부대끼고 하는 게. 지역 진단하는 과정이 정말 중요했구나. 그리고 지역 진단을 통해서 우리 통이 이렇구나. 또 이렇게 생각하니까 목표 의식도 생기고 목적 의식도 생기는 거예요.

- 초점집단면접, A지역

군수, 시장, 군의원, 시의원 등 지역의 선출직 정치인들이 사업에 대해 보이는 관심도 주민들에게 영향을 미쳤다. 군수, 군의원 등 지역의 정치인들은 대부분 사업의 구체적인 내용에 개입하지는 않았지만 사업과 관련된 행사에 참석해 주민들을 만나고 사업으로 인한 지역의 변화를 알아채곤 했다. 이는 사업을 통해 ‘마을의 분위기가 달라졌다’거나 ‘마을의 결속력과 공동체 의식이 높아졌다’고 평가하곤 하는 주민들의 판단과 맥락을 같이 하는 것이었다 (글상자 24).

#### 글상자 24. 사업으로 인한 마을의 변화와 이에 대한 군수의 인지

D지역 건강위원(남성): 저희들은 뭐 별로 변해 변해졌나? 라고는 저희들은 못 느끼는데 외부에서 보는 시각들은 이제 많이 아.. 매화가 왜? 저리 변했지? 매화가 왜 저래 바뀌었지? (다른면에서요?) 다른 사람. 다른 분들이 매화면을 볼 때 주민의식들이 왜 저래 바뀌었지? 라고 했을 때 그 군수님도 그런 생각을 하시는 거예요. 그 간부회의 때도 매화면이 진짜 많이 달라졌다. 한번 그런 눈으로 한번 봐라 라고 하시는 어떤 그런 말씀을 여러 차례 그렇게 하시고 그랬는데...(후략)

- 초점집단면접, D지역

주민과 보건소 담당자는 지역 정치인들이 사업에 대해 관심이 있다는 것을 알고 있었다. 성과대회 일정을 잡기 전에 군수가 참여할 수 있도록 일정을 조정하고, 사업에 대한 축사를 할 수 있도록 시나리오를 만드는 것도 보건소 담당자의 역할이었다. 주민들은 대체로 군수 등 지역 정치인들이 사업에

대해 지지적인 태도를 보이고, 주민들이 여럿 모이는 곳이라면 정치인들이 나타나는 것이 당연하다고 응답하곤 했다. 지역 별로 차이가 있지만, 군수 등 정치인의 관심은 사업이 확장되는 데에도 직접적인 영향을 미쳤다. 2017년 경상북도가사업 지역추가 선정에 대한 공모를 했을 때 2014년 사업을 시작한 20개 지역 중 6개 지역에서 한 개씩 사업 지역을 추가했는데, 여기에는 사업에 대한 주민들의 관심과 만족도 중요했지만 군수 등 지역 정치인의 사업에 대한 인식이 중요했다. K지역의 경우 사업을 통해 지역의 분위기가 달라지고 주민들 사이의 결속이 높아진 것을 인지한 군수가 사업을 확대하는 것이 좋겠다고 판단해 2017년 도에서 예산을 지원하지 않는다고 하더라도 읍 지역으로 사업을 확대하기로 했고, 2019년에 또 하나의 신규지역을 추가하기로 결정을 내렸다.

## ⑥ 주민 통제력 강화로 인한 갈등과 협상

전반적으로 사례에서 가시적인 갈등을 찾기는 어려웠다. 주민들은 주민참여적 건강마을만들기를 먼저 제안하고 지지한 보건소와 경상북도에 적극적으로 협조하고, 협력적 관계를 유지하는 것이 일반적이었다. 보건소와 지역 주민 모두 이 사업이 주민들의 건강 수준을 향상하기 위해 주민들의 역량을 향상시키고 주민들이 직접 지역의 건강 문제를 해결하는 주체로 성장하기를 기대하는 사업이라고 여겼고, 지역의 건강 필요를 사정함에 있어서 전문가와 보건소의 관점이 수용되었기에 주민과 보건소 사이에 가시적인 갈등이 발생할 만한 여지는 크지 않았다. 주민들이 느끼기에 보건소 입장에서 ‘실적’이 될 수 있는 만성질환관리나 건강걷기나 금연 캠페인 등 지역 행사에 대해 협조하는 것은 건강 수준 향상을 목적으로 하는 사업의 목적에 걸맞은 것이었다.

사업에 대한 오너십이 점점 더 주민들에게 넘어가고, 사업에 대한 지식이 향상되면서 주민들이 보건소나 면사무소에 대해 좀 더 구체적인 요구를 하

고, 건강증진활동에 대한 더 많은 의사결정을 하게 되었다. 보건소 담당자들에게 주민들이 원하는 프로그램을 직접 고르고 따라서 참석률이 올라가게 된 것은 좋은 일이었지만 활동에 대한 주도권이 주민들에게 넘어갈수록 여러가지 고민거리가 생기기도 했다. 담당자 입장에서는 건강과 굳이 상관이 없을지도 모르는 노래교실을 해 달라고 요청하면서 여기에 사용할 마이크 등 기계를 구해달라고 요구하거나, 만들기 등 공예 활동을 하겠다고 결정하는 것은 고민스러운 일이었다. 큰 맥락에서 주민들이 원하는 이런 활동들을 스트레스 해소나 인지 기능 유지와 연결짓기는 했지만 이런 활동들은 기존의 보건소가 제공했던 서비스와는 달리 건강 행태라고 보기 어려운 것들이었다. 건강증진활동을 진행하는 시간이나 방식에 대해 주민들이 의견을 제시하는 것도 마냥 좋은 일은 아니었다. 주민들이 불만을 이야기하고 그것이 보건소나 군청, 도청 등에 전달될 가능성이 있다는 사실은 사업담당자들에게 불편한 것이었다(글상자 25).

#### 글상자 25. 주민참여형 사업에 대한 사업담당자들의 불편함

- 참여형은 하다보면, 그렇게 처음엔 시작했는데 나름대로 간섭이 들어 오지요. 그런 점이 조금 불편했어요. 주민들도 불만을 얘기할 수 있고, 건강 위원회 위원들도 불만을 얘기할 수 있고.
- 솔직히 다른 프로그램은 마음이 편해요. 근데 건강새마을은 안 그렇잖아요. 위원장님 계시고 건강지기가 계시잖아요. 이 분들이요, 물론 저한테 협조 잘 해주시고 너무 열성적으로 잘 하세요. 제가 못 따라 가는 부분도 있으시겠죠, 마음에 안 드시는 부분도 있으시겠죠.

-2015년 주민 참여 모니터링 보고서, 112p.

참여가 활성화된 지역에서 주민들은 보건소나 면사무소에 다양한 방식으로 지원을 요청했고, 그 과정에서 공무원들이 사업의 취지나 방식에 대한 이해가 없는 경우 갈등이 발생하기도 했다. E지역 건강위원장은 면담에서 본

다 사업에 대해서 잘 알고 있던 면장이 바뀌면서 면사무소 직원들이 사업에 대한 이해가 너무 부족해서 문제가 된 적이 있었다고 설명했다. 실제로 그는 도청 관료들이 주민들의 의견을 수렴하는 건강새마을협의체 회의에서 이 문제를 거론하며 담당자 교체가 너무 잦지 않게끔 할 것과 면사무소에 사업 담당자를 둘 수 있게끔 도에서 조치를 취해줄 것을 요구하기도 했다(참여관찰기록, E지역; 참여관찰기록, 협의체 회의 2017.9.19).

사업에서 도 수준의 정책의사결정에 대한 참여가 이루어지는 공식 통로는 건강위원회협의체(이후 협의체)이다. 협의체는 지역별로 건강위원장이 대표로 참여하는 경상북도 건강새마을 조성사업에 참여하는 지역들의 연대체다. 협의체의 위원장은 협의체 위원들 사이에서 추대 형식으로 결정되고, 지원단 소속 연구자가 건강새마을협의체의 간사를 맡는다. 협의체는 전체 지역을 대표하는 주민들로 구성되는 연대체인 만큼 사업에 대한 공적의사결정에 영향을 미칠 수 있는 중요한 공간이라고 할 수 있다.

경상북도의 정책에 대한 주민들의 참여는 1기 협의체 활동에서 찾아볼 수 있다. 1기 협의체는 2015년 4월 구성되었으며 이들의 임기는 2016년 12월 까지였다(마을 대표 20인, 자문위원 2인). 협의체는 협의체 합동 워크숍에 참여하고, 해외 선진마을 견학하였으며 사업에 대한 주민들의 의견을 경상북도에 전달했다. 이들은 연 1회 또는 2회 정도의 워크숍에서 전체 사업에 대한 의견을 나누고 경상북도청에 요구사항을 전달했다. 이들의 상호교류 수준은 지역 내 상호교류에 비해 밀도가 높지 않았지만, 전 지역의 대표들로 구성된 협의체의 대표성은 이들의 의견에 권위를 부여했다. 2016년 건강새마을협의체는 경상북도와 시군에 건의문을 제출하였는데, 여기에서 대표들은 3년이라는 사업 기간이 지역주민들이 조직화되고 자발적으로 건강마을 사업을 추진하기에는 짧은 기간이라는 합의 하에 경상북도 도청과 시군에 각각 아래와 같은 내용의 요구를 제시했다(글상자 26).

경상북도는 협의체의 제안을 받아들였다. 2016년 말 사업 기간이 2년 연장되었고 2017년과 2018년에 예산이 확보됐다. 추가 예산이 편성됨에 따라

경상북도는 사업을 확대해 신규 사업지역을 모집했다.

## 글상자 26. 건강새마을협의체 건의문

### 건강새마을협의체 건의문

(2016.09.07. 경상북도청 화랑관)

건강새마을 협의체는 건강새마을 조성사업을 추진하는 면을 대표하는 위원장과 건강지기로 구성된 조직이다. 이 협의체에서 건강새마을 조성사업의 성공적인 추진을 위한 안건을 논의한 결과를 다음과 같이 건의하고자 한다.

#### ※ 도청 건의내용

- 건강새마을 조성사업 기간을 최소한 5년으로 유지하되, 5년 후 사업의 성과 평가한 후 사업을 조정하도록 건의한다.
- 사업의 평가를 순위를 매기는 것 보다는 사례발표회 중심으로 하되, 필요시 참여자들의 평가에 의하여 격려를 하도록 건의한다.
- 위원회의 권한을 단계적으로 확대하고, 강화하도록 추진해 줄 것을 건의한다.
  - 권역별 리더 교육을 지원해 줄 것을 건의한다.

#### ※ 시·군에 공통적으로 건의하는 내용

- 주민자치센터 또는 보건지소 내에 건강 위원을 위한 공간을 확보하도록 지원해줄 것을 건의한다.
- 현재 사업을 추진 중인 지역(동, 면) 이외의 시군의 예산확보를 통하여 사업의 확대 추진을 건의한다.
- 건강관리를 위하여 필수적인 장비는 시군의 예산을 확보하여 지원해 줄 것을 건의한다.
- 동(통), 면장, 보건소 담당자, 건강위원회 위원 등의 교체 시에 사업내용을 충분하게 숙지할 수 있도록 노력해 줄 것을 건의한다.
- 우리마을 건강파트너, 퇴직자, 자원봉사자 등의 확보를 통해 할매할배의 날 행사 지원을 할 수 있도록 건의한다.

(자료원: 건강새마을 조성사업 확산전략 심포지엄 발표자료, 2017.12.27.)

협의체의 사업 기간 연장과 향후 예산 확보에 대한 건의가 경상북도의 결정에 미친 영향의 크기를 가늠하기는 어렵다. 사업 연장 결정은 정치적이기 보다는 관료적으로 결정되었을 가능성이 높았다. 주민들의 집합적 의견이 공적 자원배분과정에 어떻게 반영되었는지 가늠하기 위해 경상북도의회 회의록을 검색했지만 도의회의 논의에서 사업 연장이나 협의체의 의견을 검토하는 내용은 확인되지 않았다. 주민참여와 권력강화를 중심으로 하는 사업의 취지를 이해하고 있는 질의도 찾을 수 없었다<sup>20</sup>. 전체 기간에 걸쳐 사업이 언급된 회의록은 3건이 검색되었는데, 아래 인용한 도의원과 복지건강국장의 대화에서 파악할 수 있듯 사업은 건강한 마을을 만들기 위해 주인의식을 가지고 스스로를 변화시키고 권력강화를 위한 것이기 보다는 ‘새마을’의 상징적 의미와 관 주도의 지도자 양성에 초점을 맞추어 설명되고 있었다(글상자 27).

#### 글상자 27. 건강새마을사업에 대한 도의회 질의

2015년 11월 18일 경상북도 제10대 지방의회 행정보건의복지위원회 의사록	
도의원	예산실, 내가 예산담당 불러가지고 칭찬을 좀 해야 돼. 거기 보면 이름 짓기도 잘 지어요. 건강새마을 사업입니다. 건강에 또 새마을이 왜 들어갑니까?
복지건강국장	저희들이 경상북도에 새마을이 좀 브랜드 네임이 있으니깐 그런 의미에서 이름을 그렇게 지었습니다.
도의원	그러니까 기왕에 하고 있는 것, 그걸 새롭게 포장하려고 그러니 말은 별로 없고 그래서 중간에 ‘새마을’자를 하나 넣어서 새로운 듯이 이렇게 포장해내는 겁니다, 맞죠?
복지건강국장	예, 관 주도해서...
도의원	뭐, 예 했으면 됐지, 맞고.

<sup>20</sup> 경상북도의회 회의록 검색 시스템에서 ‘건강새마을’을 색인으로 검색하면 2015년 11월, 2016년 11월과 12월, 2017년 12월 행정보건의복지위원회 의사록이 출력된다. 자료원: 경상북도의회 누리집(<http://council.gb.go.kr/>), 최종접속일 2018.08.27.

복지건강국장	예.
도의원	그래서 이게 건강공동체 만드는데(웃음) 이거 말이죠, 이렇게 새마을까지 넣어 가지고 포장하고 이런 걸 좀 하지 마세요. 제일 싫어합니다, 내가
2017년 3월 20일 경상북도 제10대 지방의회 행정보건복지위원회 의사록	
도의원	건강새마을사업, 이거 말이지요. 처음부터 하지 마라 한 사업이에요. 새마을, 새마을 하니까 갖다 붙이기 위해서 ‘건강’ 붙여서 이렇게 하는 것입니다. 이것 경로당에 뭐 하는 것 아니에요? 아닙니까?
복지건강국장	경로당은 아니고...
도의원	아니고?
복지건강국장	예, 새마을, 저희들이 지역에, 마을에 지도자를 갖다가 넣어서...

\* 2015년과 2017년 질의하는 도의원은 동일인물임.

2017년 9월, 새롭게 사업을 시작한 지역의 건강위원장들을 포함해 27개 지역 대표들이 구성원이 되는 2기 건강새마을협의체가 발족했다. 안동에서 열린 워크숍의 점심시간을 활용해 열린 회의에서 주민들은 임원진을 선출하고 경상북도 사업 담당 공무원(국장급, 과장급)에게 사업 진행의 애로사항을 전달했다.

갓 구성된 협의체에서 제시된 주민 의견은 협의체의 공동 안전이기 보다는 각 지역 대표의 의견이었다. 협의체 회의에서 건강위원장들은 면사무소 직원이 바뀌면서 사업에 대한 이해가 부족해 사업 추진에 어려움이 있으니 도에서 공문을 통해 읍면동 행정 단위에 장기간 일할 사업 담당 직원을 할당 해주기를 바란다가, 매일같이 사업 관련 업무를 수행하는 건강지기에게 현재의 급여(월 20만원)가 너무 적으니, 다른 지역(경상북도, 강원도 등)처럼 보건소 기간제 직원 월급에 준하는 수당을 줄 수 있는지 물었다. 사업 추진을 위한 민관협력이 부족하므로 여타 공무원들의 인식 변화를 위해 경상북도가 힘써 달라는 요청, 현재 운영하는 건강증진 프로그램의 지속가능성을



위해 체육회나 평생학습관의 사업으로 넘겨 연계하게 하자는 제안, 주민들이 스스로 예산을 마련할 수 있는 방안을 마련할 수 있도록 마을 기업이나 사회적 협동조합 등 경제적 활동을 지원해달라는 의견도 있었다(참여관찰노트, 건강새마을협의회 회의, 2017.9.19).

이 회의에서는 지역을 대표하는 건강위원협의회 구성원들이 가지고 있는 지식과 관점을 확인할 수 있었다. 지역 대표들이 제시한 의견들은 보건소의 운영방식(기간제 고용 직원 활용, 순환보직)과 다른 지역의 주민참여사업에 대한 지식(주민활동가를 기간제 직원에 준하여 고용함), 면사무소의 관료적 조직특성(책임지고 일을 추진하기 위한 담당자 선정의 중요성, 공문을 통한 의사전달이 필요성), 지역에서 동원 가능한 다른 자원에 대한 이해가 없이는 말하기 어려운 내용들이었다.

그러나 마찬가지로 도의 정책의사결정에 대한 협의체의 영향력을 가늠하기는 어려웠다. 조직화 방식을 보았을 때 협의체는 주민 대표들이 공동으로 해결해야 할 문제를 중심으로 자발적으로 구성한 조직은 아니었다. 건강새마을 조성사업의 주민 조직화와 마찬가지로 협의체 역시 지원단의 연구자들이 각 마을의 대표를 초대해 구성한 조직이었다. 협의체에 대한 경험을 조사하기도 어려웠다. 협의체에서의 경험을 질문했을 때 건강위원장들은 주민 위원과 자문교수진, 경상북도와 보건소의 담당자들이 들어가 있는 단체카톡방을 언급하거나 보여주었다. 한 건강위원장은 현재 시급하게 논의할 만한 사안이 없어서 협의체에서 크게 중요한 이야기 보다는 안부 위주의 대화가 오가고 있다고 설명했고, 또다른 건강위원장은 가장 중요한 의사결정을 해야 할 협의체가 충분히 역할을 하지 못하고, 좀 더 많은 것을 요구하고 더 많은 것을 변화시킬 수 있는데 그러지 않고 있다고 불만을 표하기도 했다.

지역 내 건강위원회 활동, 그리고 지역 내 주요 행위자들 간 상호작용과 비교했을 때 협의체의 상호작용은 초청받아 형성된 참여의 공간을 변화시키기에 충분치 못한 수준인 것으로 보였다. 협의체 대표들은 지원단의 계획에 따라 해외 선진지 견학이나 역량강화 워크샵에 참석하고 여기서 다른 지역

대표와 관계를 형성하고 경험을 공유할 기회를 얻는 것으로 보였다. 그러나 이들의 관계는 공동의 정체성과 목표를 가지고 도 차원의 정책의사결정이나 자원배분에 영향을 미칠 수 있는 수준에 도달했다고 보기 어려웠다.

그럼에도 여러 마을의 대표들이 참여하는 연대체는 그 공적 성격으로 말미암아 정당성을 획득하고, 경상북도의 정책 결정에 영향을 미칠 수 있다. 지역의 건강불평등 해소라는 참여의 목표와 이를 중심으로 한 집합적 정체화는 협의체가 정책의사결정에 대한 영향력을 발휘하는 데에 기여할 수 있을 것이었다(Bambra, Fox, and Scott-Samuel 2005; Lynch 2017). 그러나 사업에 참여하는 주민들과 관료들은 건강불평등의 정치적 성격이나 공적 자원배분의 필요성을 인식하지 못하고 있었으며, 따라서 협의체는 의미 있는 갈등과 협상의 장이 되지 못하고 있었다. 주민들은 사업을 통해 지역에 따라 건강 수준이 다르다는 것을 인지하게 되었지만 지역 간 건강 격차는 불평등한 권력관계나 정의의 문제로 인식되기 보다는 지역의 취약함으로 이해되었다. 지방정부가 취약하고 어려운 지역을 도와 스스로 건강을 관리할 수 있게 하는 사업에서 지역의 열악한 상황은 스스로 극복해야 할 문제일 뿐 구조적 불평등의 결과가 아니었다.

### 3) 참여에 영향을 미치는 맥락

#### ① 새마을 운동의 기억과 경험

새마을운동은 정부 주도에 의해 전개된 지역개발 프로젝트였다(김영미 2009; 노은주 2014; 한도현 2010; 윤충로 2016). 목표는 주민들의 자조·협동·근면을 구호삼아 주민들의 계몽과 의식화를 강조하고 농촌생활환경을 개선하며 농촌의 소득을 증대하는 것이었다. 가난에서 벗어나 잘 살아 보자는 국가의 요청에 주민들은 자발적 동원, 수동적 동의, 투쟁 등 다양한 양태로 반응했다. 정책 순응적 태도로 정부의 요청에 응하여 지역사회 발전을 위해 물질적으로 기여하고 노동력을 제공한 사례들이 주로 알려져 있지만 실제

지역사회에서 주민들은 농촌근대화와 개발을 요구하는 정부와 다양한 갈등과 투쟁을 경험했다(윤충로, 2016: 194; 황병주, 2000: 56).

새마을운동은 지역적 정체성을 중심으로 삶을 향상시키기 위한 자발적 참여와 상호협력을 강조한다는 점에서 통상적인 지역사회중심접근과 다르지 않았다. 오히려 새마을운동의 독특한 점은 강력한 국가주도성에 있다. 1970년대 박정희 정권은 ‘농촌근대화’를 핵심 의제로 삼고 국가 중심의 근대화 기획 속에 국민들을 동원하고자 했다(윤충로, 2016: 194). 근대화의 주체로 호명된 주민들은 국가가 설정한 목적을 달성하기 위해 마을 진입로를 포장하고 지붕과 담장을 개량하는 등 농촌의 생활환경을 개선하고 소득을 늘리기 위한 기획에 참여했다. 정부는 지역의 역량을 개발하기 위해 새마을지도자를 교육시키고 지지하며 권위를 부여했다. 새마을지도자들은 강력한 지도자적 정체성을 가지고 정부의 지침을 농민의 언어로 번역하여 주민들을 동원하고 목표를 달성하는 데에 핵심적인 역할을 했다. 정부를 대신해 주민들을 설득하고 지역 내의 갈등을 관리하는 것 역시 주민 지도자들의 역할이었다(한도현 2010).

경상북도는 1970년대 한국 농촌의 변화를 설명하는 데에 빠지지 않는 범국가적 근대화 프로젝트인 새마을운동의 ‘고향’이자 ‘중흥지’라고 일컬어진다. 경상북도 정부는 새마을운동을 경상북도의 고유한 자원으로 보고 이를 다양한 방식으로 지원해왔다(이양수, 이광동, 석주영, & 이윤길, 2017: 45~51). 경상북도는 행정부에 현재도 남아있는 ‘새마을봉사과’<sup>21</sup>는 동·리 단위까지 촘촘하게 구성되어 있는 새마을지도자협의회 등 새마을운동 업무를 담당한다. 경상북도에서 새마을운동에 대한 정치적 관심과 지지는 확고하다. 경상북도가 2007년 선포한 21세기 새마을운동이나, 개발도상국의 농촌근대화 및 빈

---

<sup>21</sup> 1973년 전국 시도군청에 새마을지도과가 설치되고 1979년 전국 군청에 새마을과가 설치되었다가 1988년 내무부와 지방행정국 직제에서 새마을과가 국민운동지원과로 명칭 변경되었다(새마을운동 중앙회, 2010: 284-285). 이후 경상북도는 1997년 국가적으로 사라진 ‘새마을과’를 ‘새마을봉사과’로 복원하여 명맥을 유지하고 있다(노은주 2014).

곤퇴치를 위한 공적원조사사업인 새마을운동 세계화는 이런 지역적 맥락을 반영한다.

사업은 경상북도에서 새마을운동의 권위와 경험을 건강영역에서 주민참여와 권력강화의 자산으로 활용하고자 했다. 새마을 운동이라는 상징적 자원을 활용하는 것은 지역에서 건강새마을 사업을 이해하고 받아들이는 데에 대체로 유효한 전략이었다. 경상북도청 관계자, 보건소 담당자, 지역의 건강위원 모두 새마을운동의 핵심 개념들을 활용해 건강새마을 조성사업을 이해하고 설명했다. 사업 초기 발표된 건강새마을 조성사업을 소개하는 자료는 건강새마을 조성사업의 사업 분야를 새마을운동의 구호인 근면, 자조, 협동으로 구분했다(그림 21).

분 야	사 업 예 시	대상
근면형	• 대사증후군 사업 : 복부비만, 혈압, 혈당, 고지혈증 관리	5개 마을
	• 심혈관질환 사업 : 뇌졸중, 심근경색증 관리	
	• 치매예방사업 : 치매쉼터 제공	
자조형	• 금연·절주사업 : 담배연기없는 마을, 알콜리즘 관리	5개 마을
	• 스트레스·우울증·자살 예방사업	
	• 신체활동·근골격계 질환 사업 : 운동지도관리	
	• 영양·비만 사업 : 영양지도	
협동형	• 보건 + 복지·환경·문화 협업사업	5개 마을
	• 걷기코스 정비, 작업장 환경개선, 경로당 환경개선, 건강공원 조성	
	• 건강협동조합 사업	
창조형	• 지역특화 보건사업	5개 마을
	• IT 유비쿼터스 건강검진 체계 구축 사업	
	• U-만성질환 원격관리, 결핵환자 투약관리 등	

그림 17. 경상북도 건강새마을 조성사업의 사업내용분류  
(자료원: 경상북도 통합건강증진지원단, 2013.11.28)

주민들은 사업이 실행된 이후 발생한 중요한 변화로 건강에 대한 인식 제고를 꼽으며 ‘계몽’, ‘의식’, ‘문맹퇴치’ 등의 단어를 사용했다. 주민들은 이 사업이 주민 스스로 자조적 노력을 통해 마을의 건강을 챙기는 사업이기에

주민들의 의식계몽이 필요하다고 말했다. 이런 관점과 표현은 주민들이 공유하고 있는 새마을운동에 대한 기억과 경험이 2014년에 시작된 건강새마을사업에 영향을 미치고 있음을 보여준다.

한 워크샵에서 관찰한 자료에는 이런 관점이 가시적으로 드러나 있다. 우측 상단에 배치된 “건강문맹퇴치”라는 표현은 건강새마을 조성사업을 건강에 대해 무지하고 의식화되지 못한 상태를 극복하는 의식을 변화시키는 건강계몽운동이라고 프레이밍하고 있음을 보여준다. 이와 유사한 표현은 여러 행사와 인터뷰에서 반복적으로 관찰되었다. 이런 식의 표현이 주로 지역의 대표로 활동하는 남성 건강위원들의 발화에서 나타난다는 것도 주목할 만한 점이었다.

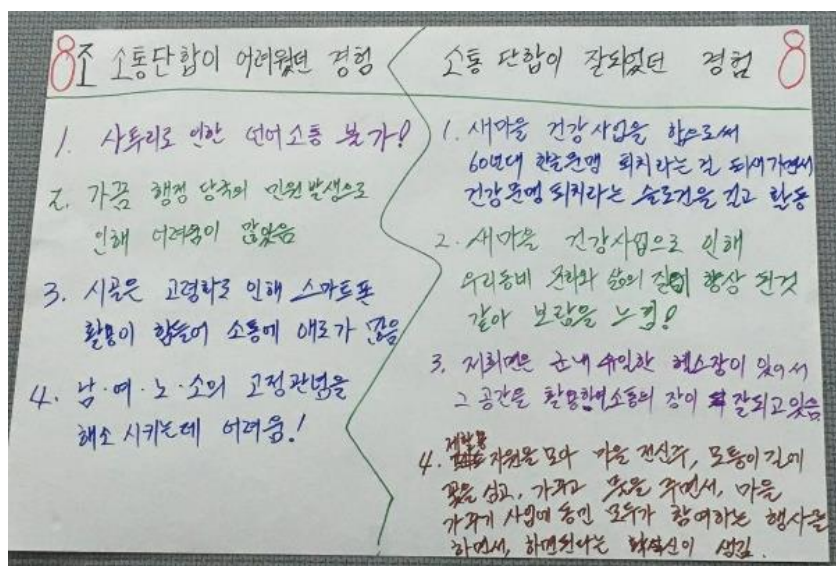


그림 18. 주민건강리더 역량강화 워크샵 발표 자료

(2017.06.14. 연구자 촬영 사진)

주민들은 건강새마을 조성사업을 제 2의 새마을운동으로 설명하기도 했다. G지역에서 건강위원을 맡고 있는 한 주민은 이 사업을 정신운동으로 규정하고 지역주민들의 의식이 변화가 사업의 가장 큰 성과라고 말했다(글상자

28). 의식화와 계몽을 강조하는 건강위원들이 보기에 지역주민들은 자신의 건강을 지킬 수 있도록 ‘자각’하고 ‘스스로’ 실천하기 위해 ‘계몽’되어야 하는 존재였다(글상자 29). 이런 관점에서 사업은 건강위원과 건강리더들은 새마을지도자의 위치에, 후기 노년 주민들을 계몽되어야 할 건강문맹의 위치에 놓는다. 비교적 젊고 지역 대표로서 건강새마을 사업 외에도 다양한 업무를 수행하는 건강위원들과 거동이 어렵고 마을회관에 나와 소일거리로 시간을 보내는 후기 노년기 주민들 사이의 뚜렷한 대비는 이런 상이한 위치를 강화한다.

#### 글상자 28. 건강새마을 사업과 새마을운동

G지역 건강위원(남성): 제 2의 새마을 운동 비슷하게, 그런 식으로 정신 운동, 스스로 자각하면서 하는 내 스스로, 내 스스로 걷는 그런 거, 자기가 자기를 돌볼 줄 안다 하는게, 그게 제일 큰 소득이지, 내 건강은 내가 지킨다, 또 요즘 백세 막 백세 하잖아요. 그게 가만 있다고 백 세 되는 거 아니거든요. 이걸 다 안다는 거, 그게 젤 보람이거든요.

- G지역 초점집단면접, 건강위원(남성)

#### 글상자 29. 계몽의 주체와 대상

전에는 (병원) 안 간다. (병원 가야 한다고) 얘기하면 안 간다 그랬는데 이제는 알았다. 시간 내 본다. 이 정도니까 홍보가 홍보는 거의 되어져 있는 상태고 계속 친근하게 이렇게 해야 된다. 몸에 벨 수 있도록 해야 된다는 거죠. 한번은 얘기하면 안 되고 할머니들한테는 열 번 이상 강요를 해야 됩니다. 그래야 이게 그렇구나 이게 되는 거죠.

- D지역 초점집단면접, 건강위원(남성)

행정적 차원에서 새마을운동과 건강마을 조성사업의 연결은 장단이 있었다. 사업 담당자들과 자문연구자가 모인 회의에서는 사업 명칭에 ‘새마을’이

들어 있는 것이 정권 교체 이후에 예산 지원을 받는 데에 걸림돌로 작동하거나 외부에 사업을 전파하는 데에 불리하게 작동할 가능성을 우려했다. 그러나 이내 몇몇 담당자들은 농촌계몽운동으로 새마을이 가지는 의미가 건강계몽을 실천하는 데에 적당하고 ‘지역특화 주민참여사업’으로 정체성을 뚜렷하게 하는 것이기에 의미가 있다며 사업명칭을 변경해서는 안 된다고 강하게 주장했다(참여관찰기록, 2017.06.14.)<sup>22</sup>.

한국의 참여적 건강증진사업은 대부분 지방자치단체의 사업으로 이루어지고 있다. 그 중에서도 경상북도 건강새마을 조성사업은 ‘새마을’이라는 상징적인 명칭과 조응하며, 과거의 경험을 떠올리게 한다. 마을의 변화는 지역사회와 주민 사이의 긴밀한 관계와 협력을 토대로 하며, 마을의 이익은 곧 지방자치단체의 이익이자 국가의 이익으로 간주된다. 마을의 지도자들은 새마을운동에서 그랬던 것처럼 보건소와 지원단이 제공하는 건강 지식을 습득하고 이를 지역사회에 전파하며, 스스로 마을의 건강 문제를 해결하는 주체로 역할해줄 것을 기대받았다. 이런 과정은 주로 지역의 유지라고 할 수 있는 이통장 등 지역 엘리트를 중심으로 이루어지며, 도는 이들의 기여를 공식적으로 인정하여 표창하고 지지했다.

이 과정에서 주민참여자와 관료, 정책결정자 모두 새마을운동에 대한 기존의 지식을 활용했다. 국가주도의 근대적 국민 만들기로 새마을운동에 대한 기억은 주민들이 사업에 대한 참여가 사회의 발전을 위한 당연한 협력이라고 인식하게 만들었다. 민-관이 공동의 목표를 향해 나아가는 협력적 관계라는 전제 하에 주민대표들이 정부와 같은 입장에서 마을의 변화를 실천하는 것은 익숙한 새마을 운동의 방식 그대로였다. 기존의 통치구조의 말단이라고도 볼 수 있는 주민자치기구의 구성원이 중심이 되는 조직화와 역량강화도 새마을운동에 대한 기억을 환기하는 데에 기여하는 것으로 보였다.

---

<sup>22</sup> 지원단장과의 개인적 의사소통에 따르면 경상북도 건강새마을 조성사업은 2019년부터 ‘새마을’을 삭제하고 경상북도 건강마을조성사업으로 사업명칭을 변경할 예정이다.

이런 맥락은 주민들이 이 사업을 보건소 등 정부의 기획에 동의하고 협조하는 영역 내로 제한시키는 결과로 이어졌다. 지역에 배치된 공단의 환경오염문제를 둘러싸고 구청과 주민 사이에 갈등이 있는 것으로 확인되는 A지역의 경우 관련된 활동이 없는지 묻자 건강위원장은 이런 문제는 건강위원회에서 다루기에는 적절하지 않고, 별도의 환경 단체에서 환경오염을 감시하고 민원을 제기하는 등 활동을 한다고 설명했다(초점집단면접, A지역). 주민들 사이에 갈등의 여지가 있는 정치적인 이슈 역시 사업을 통해 확보된 참여 공간에서 배제되고 있었다. 건강과 관련된 정치적 이슈가 논란이 되었던 지역 담당자에게 이에 대한 건강위원회 주민들의 논의 여부를 묻자 그는 “그건 정치적인 것이기 때문에 그런 건 하면 안 됩니다. 그런 얘기 자체를 안 합니다. 민감한 이야기는 안 꺼내는 게 가장 낫습니다”라며 손사래를 쳤다(담당자면접, F지역).

지역의 건강 수준이 낮아 개입이 필요하고, 주민들이 정부와 협력하는 것이 당연한 상황에서 주민들에게는 자신들이 처해있는 상황에 대해 대화를 통해 고유한 지식을 생성할 기회가 충분히 주어지지 않았다. 주민 대표들은 지역사회건강조사가 조사하는 기존의 건강증진 지표들을 이용해 지역의 건강 상황을 조사하고 그 결과를 고지 받았지만 주민들이 이를 비판적으로 인식하고 성찰하고 있다는 흔적은 찾기 어려웠다. 사업에서 참여 공간이 주민 간 갈등이 드러나거나 정부와 대립해야 하는 사안들을 다루어서는 안 되는 것으로 밀려나고, 민과 관이 함께 협력할 수 있는 사안들만을 다루고자 했던 데에는 주민들이 익숙한 참여의 경험이 작동하고 있을 것으로 예상된다. 새마을에 대한 기억과 경험을 되살려 ‘건강문맹퇴치’를 말하는 지역 주민들에게 관 주도 사업과 주민동원은 여전히 익숙한 것이었다. 이는 정부의 개입으로 시작되어 보건소와 주민들이 긴밀한 관계를 유지하는 참여적 건강개입이 주민들의 의식화를 이끌어 내는 데에 불리한 상황을 형성할 수 있음을 의미한다. 주민과 ‘관’ 사이에 굳건한 ‘협력’에 대한 전제는 주민들이 대화를 통해 문제를 성찰하고 이를 해결할 수 있는 자신들의 내재적 역량을 깨



달아 독자적인 주체로 활동하기 보다는 주어진 서비스들 중에 필요한 것을 선택하고 상위행정기관에 요구해 일선 행정기관(보건소, 면사무소)에 요구를 관철하는 방식으로 문제를 해결하는 데에 기여하고 있을 가능성이 있는 것으로 보인다.

## ② 마을만들기 사업의 유형

주민들은 건강 마을만들기 외에도 다양한 ‘마을만들기’의 경험을 가지고 있었다. 군 단위에서 주민들의 소득 증대를 위해 농업, 농촌의 부가가치를 높일 수 있는 특용작물 재배, 농산물 판매망 구축, 마을기업 육성 등에 예산을 지원하는 ‘부자마을 만들기’사업이나, 벽화와 꽃길 조성, 문패 설치, 생태마을 조성 등 경관사업을 지원하는 ‘행복마을만들기’ 사업, 지역의 역사 자원을 발굴하고 인문자원을 중심으로 공동체 회복을 지향하는 ‘인문학마을만들기’, 기후 재난과 사고 등에 대처하여 마을 단위의 안전 인프라를 구축하고 안전 교육을 실시하는 ‘살기좋은 안전마을 만들기 사업’ 등 건강 영역이 아니더라도 다양한 방식으로 주민들이 사업을 계획, 주도하고 관은 이를 보조하는 사업들이 경상북도 지역에서 진행되고 있었다.

건강위원 등 대표로 참여하는 주민들은 이 사업의 일환으로 매년 다녀오는 ‘선진지 견학(다른 건강 마을에 방문하여 그 지역의 활동에 대한 설명을 듣고 돌아오는 행사)’ 외에도 다양한 마을만들기 사업을 통해 다른 지역의 주민 활동을 살펴볼 기회가 있었다. 선진지 견학을 위해 주민들은 경상북도 지역 내에서 교류하기도 했지만 건강마을만들기를 시작한지 가장 오래된 부산 반송이나 경상남도 진주, 강원도 속초 등 다른 권역의 참여형 건강증진 사업을 둘러보고 돌아오는 경우도 있었다.

주민들은 앉아서 듣는 강의로 주로 구성된 교육보다도 다른 지역을 둘러보고 와서 자신이 사는 지역에 적용할 수 있는 아이디어를 많이 얻을 수 있었다고 말했다. 물론 주민들이 말하는 ‘마을만들기’ 사업은 반드시 건강마을

만들기 사업을 말하는 것이 아니었으나 이들의 이런 경험은 마을에서 실행 가능한 활동들을 계획하는 데에 도움이 되었다. A지역의 경우 창원 마산의 마을만들기 사업지를 방문해 주민들이 카페를 열어 회의도 하고 사랑방처럼 활용하는 것을 보고 A지역에서도 유사한 방식의 주민활동을 할 수 있겠다는 생각을 하게 되었다. 유사하게 서울 연희동에서 주민들이 찻집을 열어 공간을 활용하고, 지역 특산품이나 주민들이 만든 물건들을 간단하게 판매하는 마을기업을 본 기억을 떠올리며 건강위운회 예산을 직접 마련할 궁리도 할 수 있었다. 주민들의 이런 의견은 보건소의 주민역량강화교육비용을 활용해 바리스타 교육을 받고, 카페를 열 수 있는 공간을 물색하는 활동으로 이어졌다(초점집단면담, A지역).

주민들은 타 지역의 참여형 건강증진사업들에 대한 정보를 토대로 보건소와의 관계나 사업의 지속가능성을 위한 제안을 하기도 했다. 강원도와 부산, 경상북도에서 건강마을사업에 참여하고 있는 주민들이 만나 자유롭게 대화를 나눌 기회가 있었던 2017년 한국농촌의학지역보건학회 연수교육에서는 각 지역에서 온 주민들이 주민 활동가(건강 코디네이터 또는 건강지기)에 대한 보수급여체제와 사업에서 주어지는 예산, 참여하는 주민들에게 주어지는 금전적 보상, 최근 마을에서 집중하고 있는 활동 등에 대해 관심있게 대화를 나누는 모습을 관찰할 수 있었다(참여관찰기록, 2017.11.08)

### ③ 지역의 쇠락과 고령화

사업 지역들은 대부분 오래 전부터 인구가 줄어들고 있는 지역이다. 지역의 지방자치단체장들은 종종 ‘인구 증가’를 선거공약으로 삼았으나 성공적으로 이런 공약을 달성한 지역은 하나도 없었다. 2016년 경상북도 인구이동통계에 따르면 경상북도에서는 1981년부터 2016년 사이 1996, 1998, 2011년 세 해를 제외하고 매해 인구유출이 지속되고 있다. 2016년의 순유출은 3,151명이었다. 연령별로 보았을 때 순유입은 50대(3,749명)가 가장 많고

전출자의 50% 이상이 20대~30대였다. 성별로 구분했을 때 경상북도를 떠난 남성은 307명, 여성은 2,844명이었다(동북지방통계청 2017). 인구 고령화도 인구 감소에 기여하는 원인이었다. 사업지로 선정된 읍면동 중에서도 건강새마을 조성사업에 참여하는 지역의 고령화율은 더 높았다. 2015년 12월 사업보고자료 기준 20개 사업대상지역에서 65세 이상 인구 비율은 평균 36.9%(최소 9.2%~최대 78.9%)였다.

인구 감소에 대한 위기감은 주민들에게도 공유되고 있었다. 인구는 줄어 들고, 건강 수준은 경상북도에서 가장 나쁘다는데 함께 운동을 하려고 해도 스스로 걸어서 공터까지 올 수 있는 주민이 점차 줄어드는 지역의 상황은 주민들의 걱정거리였다. 하지만 주민들은 대체로 이런 마음들을 내색하기 보다는 긍정적인 측면에 주목하려고 했다. 연구자에게 주민들은 ‘건강하고 살기 좋은 마을’을 향한 노력의 성과를 치하하며 종종 이를 지역에 대한 애착으로 표현했다. “시골에서도 도시 못지않게 운동도 다 하고” “하하호호 웃으며 이웃이 서로를 챙기고” “타지에서 왔지만 참 만족스럽고 살 만한 곳이어서 긍지를 가지게 하고” “처음에는 삭막했지만 전부 다 나를 반겨주고 봉사할 수 있는” 이 지역은 앞으로도 주민들이 살아가고 보살펴야 할 삶의 터전이었다.

그러나 지역의 고령화와 인구감소는 주민들이 가지고 있는 지역에 대한 애착과 노력으로 극복할 수 있는 성격의 사안이 아니다. 2015년 인구총조사에서 한국 전체 인구 중 65세 이상의 고령 인구는 13%, 경상북도가 17.5%인 데에 비해 20개 사업지역 중 고령 인구 비율이 40%가 넘는 지역이 11군데였다. 고령 인구 비율이 가장 높았던 군위군 산성면에서 65세 인구의 비율은 50.1%에 달했다(통계청 2015). 외지 생활을 하다가 신규로 유입되는 주민들의 나이는 주로 50~60대로 이들도 곧 고령 인구로 분류될 이들이었다. 60대 주민들이 마을에서 ‘청년’ 역할을 맡아 주민들을 이끌어 나가고 있었지만 인구 구조의 변화는 예정된 수순을 밟을 것이었다. 주민들은 점차 나이드는 마을에서 보건 교육과 운동이 주를 이루는 지금의 건강증진활동이

지속될 수 있을지 우려를 표했고, 담당자 역시 고령 주민들이 주도적으로 사업을 계획하고 의사결정을 하기가 어려울 것이라고 예상했다(글상자 30).

#### 글상자 30. 지역의 고령화와 주민참여

J지역 건강위원(여성): 이제 문제는 뭐고 하면 지금 하면 삼 년 전하고 사 년 전 하고 지금하고 인원감소가 연세 많은 어른들이 자꾸 돌아가시는 분 도 있지만 다리 수술하고 허리 수술하고 이러면 진짜 이제 앉아서 하는 것조차도 못하시는 분들이 자꾸자꾸 늘어나니까 인원이 이제 감소되는게 그게 제일 안타까운 현실이에요.

- 초점집단면접, J지역

F지역 담당자(남성): 주민 주도, 주민 참여형인데, 참 어렵습니다. 말 그대로 어렵습니다. 주민 자체적으로, 주민 스스로 하는 것 자체가, 왜냐면 지역이 노령화 되어가지고 평균 연령이 가보셔 보면 거의 50세 60세 이상 입니다. 실제 애들은 얼마 되지도 않고, 거기 빼놓고 나면 이장님들도 거의 60대고, 경로당 가면 70대 밑은, 거의, 경로당이나 노인회관이나 70세 안 되면 오지도 못합니다, 젊은 사람들은 다 일해야 합니다.

- 담당자 면담, F지역

### ④ 지역의 보수성: 성별 위계와 가부장제

주민들에게 익숙하고 자연스러운 활동에 대해 연구자가 의문을 가지고 질문을 했을 때 주민들은 도시에서 방문한 연구자에게 지역의 보수성을 이유로 꼽았다. 그 중에서도 지역 주민들과 연구자 사이에 관점 차이가 가장 두드러졌던 부분은 젠더위계와 가부장제에 대한 관념에 대한 것이었다.

사업이 이루어진 농촌지역들에서 주민들은 종종 건강증진활동에 대한 남성들의 비참여를 스스로 문제점이라고 지적하면서 지역의 ‘보수성’을 말하곤

했다. 건강증진활동에 참여하는 주민들은 대부분 여성이었다. 탁구, 족구 등 구기종목 동아리 활동을 제외하면 남성들은 마을에서 이루어지는 건강증진 교육과 활동에 거의 참여하지 않았다. 마을회관 등에서 보건 교육에 참여하는 주민들도 대부분 여성이었다.

남성참여 저조는 사례와 무관하게 거의 모든 건강증진활동에서 발견할 수 있는 특성으로, 건강증진활동에 대한 남성들의 태도도 관련이 있다. 자신의 취약함을 드러내지 않고, 건강을 돌보기 보다는 건강 위험을 돌파하는 것이 전통적인 남성성이라고 되어 있는 사회에서 건강을 돌보고 관리하는 건강증진활동은 남성들이 할 만한 일이 아니라고 여겨진다(Mahalik, Levi-Minzi, and Walker 2007; Verdonk, Seesing, and De Rijk 2010). 사례에서도 남성들은 스스로를 건강증진활동에 참여하기 보다는 다른 (주로 여성) 주민들의 활동과 지역의 문제를 관리하는 입장을 취했다(글상자 31).

#### 글상자 31. 건강증진활동에 대한 남성들의 태도

남성노인들이 참여한다 하더라도 지금은 뒤에서 참여자들을 방관하고 ‘참여하게 하는 역할이다’라고 스스로 자리매김하고 뒤에서 팔짱 끼고 이렇게 구경하고 계세요. (관리자 입장이라는 느낌 말씀이시죠?) 네, 본인이 그런 직함이 없다 하더라도 자기가 스스로 그런 직함으로 부여하고 뒤에 계세요 방관하시고 그러는데 물론 안 그런 프로그램도 꽤 있긴 하지만 여전히 그런 입장이 많아서 앞으로는 이런 게 숙제 중의 숙제라고 볼 수 있죠

- 심층면담, 연구자 6

사례에서 주민들의 활동은 기존의 성별 위계를 반영하고 이를 재생산하는 것이었다. 안건을 선정하고 결정을 내리는 건강위원회가 남성 위주로 구성되는 반면 다른 주민들의 건강을 돌보는 건강리더가 전원 여성으로 조직되었던 것은 관리하고 통솔하는 남성의 역할과 돌보고 봉사하는 여성의 역할이 주민참여적 건강개입의 공간에서 재생산되는 것이기도 했다. K지역에서

연구자가 관찰한 장면은 주민참여를 중심으로 생성된 공간이 젠더 역할과 위계가 재생산되는 현장임을 여실히 보여준다(글상자 32).

### 글상자 32. 젠더 간 역할 구분

보건소 담당자가 도착하기 전에 주민들이 먼저 면사무소 2층 회의실에 모여서 이야기를 나눈다. 의자를 배치하고, 건강지킴이 회계 보고와 연말 일정, 그리고 2018년에 할 행사 계획을 논의한다. 일부 주민들은 오늘 방문할 손님들 앞에서 난타 공연을 하기 위해 연 하늘빛 조끼와 하얀 한복 바지 등으로 구성된 공연복을 갖춰 입고, 공연에 참여하지 않는 주민들도 건강새마을 조성사업 마크가 그려진 조끼를 꺼내어 입는다.

(중략)

건강위원회 위원장과 건강 위원, 면장, 면사무소 직원 등 남성들은 함께 점심식사를 마치고 불과한 얼굴로 시간에 맞춰 입장했다. 면 바지에 점퍼 차림의 건강 위원도 있지만 건강위원장과 면장은 양복을 입었다. 가장 먼저 도착한 건강지킴이들이 무대와 객석 뒤쪽에, 외부 방문객들이 객석 앞쪽에 자리잡고 이들을 기다렸고, 행사 시간을 조금 넘겨 도착한 남성 주민 대표와 공무원들은 객석과 구분된 좌측 측면 의자에 무대와 관객석 모두를 관망하는 배열로 자리잡고 앉는다. 환영의 의미를 담은 두 곡의 난타 공연 중 한 곡은 빠른 비트의 올드팝, 나머지 한 곡은 ‘지역 홍보 곡’으로 트로트풍이다. 지역의 특산물과 관광명소를 홍보하는 노래가 흘러나오자 일부 주민들은 박수를 치며 노래를 따라부르기 시작했다. “OO으로 놀러오세요~”라고 반복되는 후렴구에 주민들이 흥을 돋우고, (남성) 건강위원 중 한 사람이 (여성) 건강지킴이들을 일으켜 함께 춤을 춘다. 잠시 망설이던 건강지킴이 두 사람이 이내 일어나서 노래가 끝날 때까지 춤을 추고, 한쪽 옆에 앉은 남성들은 박수를 치며 환호한다.

연구자노트, K면 직접관찰

건강새마을 조성사업의 많은 활동에서 성별에 따른 역할과 위치 차이가 존재했고, 간혹 이를 가로지르는 인물(여성 이장, 남성 공연자)이 나타나기는 했지만 이들은 기존 젠더 규범과 자신의 역할을 조용시키기 위해 노력했다. 지역에서 젠더 위계나 규범은 매우 자연스러운 것이어서 이와 관련된 가시적 갈등이나 문제의식은 확인되지 않았다. 이런 젠더 위계는 주민 조직과 리더십에도 그대로 반영되었다. 마을의 건강증진활동에 참여하는 사람들의 절대 다수가 여성으로 채워지는 반면 마을을 대표해 건강위원회에서 발언하고 결정을 내렸다. 마을에서 하는 활동을 대부분 여성들이 채워내는 것과 다르게 경상북도 차원에서 열리는 워크샵에는 남성들이 더 많이 나타났고, 건강위원회 협의체처럼 지역을 대표하는 자리는 대부분 남성들이 앉아 있었다. 이는 건강증진사업을 중심으로 주민들이 조직되고 리더십이 형성되었으나 그 과정에서 젠더 권력과 같이 자연스러운 것으로 되어 있는 위계관계가 재생산되고 있음을 보여준다. 노래교실과 공예교실 중 무엇을 할 것인지에 대한 선택권이나 지역 노년 주민들을 찾아가 돌봄과 교육을 맡는 역할은 여성에게, 자원 배분이나 사업의 지속 여부 같이 보다 상위 의사결정에 대한 참여에는 남성에게 돌아가는 것이다. 반대로 건강위원회의 다수가 여성으로 구성되어 있는 지역에서는 행정적, 정치적 네트워크를 통한 외부 자원유치로 이어지는 건강위원회 권력강화보다 건강증진활동과 봉사활동이 사업의 중심이 되는 양상을 보여 여성이 대표를 맡은 건강위원회에서는 전체 의사결정 층위가 낮아지는 경향을 보였다.

건강위원회 구성이 남성 중심인 것이 당연하게 받아들여졌던 반면, 건강증진활동에 대한 남성들의 비참여가 문제적인 것으로 인식되고 있는 현황은 그 자체로 젠더 권력관계를 반영한다. 실제로 남성들의 비참여는 문제로 고민할 가치가 있는 것이었다. 주민들은 남성들이 참여하지 않는 이유로 경상북도의 보수성이나 남성들이 참여할 수 있는 프로그램의 부재를 꼽았다. 에어로빅, 요가, 체조 등 몸을 움직이는 활동들이 ‘민망하고’ ‘부끄럽고’ ‘오스러운’ 것이어서 보수적인 남성들이 참여하기에는 체면이 깎인다는 이유는

지역을 불문했다. 중년 남성이 여성들이 중심이 되는 건강증진활동에 참여해 흥미를 느꼈지만 지역에서 괜한 소리를 들을까 걱정이 되어 활동을 중단한 경우도 있었다.

### 글상자 33. 남성들의 건강증진 프로그램 비참여에 대한 문제의식

G지역 건강위원장(남성): 경상도 남자의 보수상이라는 거는, 이게 밑바탕에 엄청 깔려 있습니다. 지역 정서상 그래서, 내외한다 어쩐다 뭐 그래 해서 남자들은 참여하고 이런 거 안됩니다. 서울 사람이랑 다릅니다. 남자들이게 진짜...(중략)... 남자들은, 내가 볼 적에는 건강에 대한 의식이 부족한 것 같애. 의식이. 그래서 전에 우리 연말 평가대회 하면서 교수님에게, 남성 프로그램을 개발해야겠다. 전부 나오면 99% 여성 분인데, 그래 이제 남성도 참여를 유도하기 위해서 프로그램 개발을 좀 하는게 어떻겠노 싶어가지고 했는데, 그래서 한 게 탁구대를 두니까, 참여를 하게 되는데 이 사업이 지속적으로 가기 위해서는 남성들도 밑바탕에 보수성이랑 이런 게 깔려 있기는 하지만 시간이 지나면 이 사람들을 끌어 모을 수 있는, 그런 프로그램 개발이 되어야 합니다. 공통의 숙제라고 생각합니다.

- 초점집단면접, G지역

이에 주민들은 남성들이 참여할 수 있는 별도의 기획을 하면 좋겠다고 말했다. 게이트볼, 탁구 등을 구기종목을 할 수 있도록 설비를 갖추거나 자전거를 탈 수 있게끔 자전거 구입 비용을 지원하면 좋겠다는 의견도 제시되었다.

주민들의 활동은 끊임없이 젠더에 따라 구획되었다. 새롭게 열린 참여 공간에 기존의 젠더 위계가 침투하고, 여성과 남성의 위치를 결정하는 상황이 반복되었다. 주민들은 의식하지 않으면서 기존에 여성과 남성이 수행하던 역할을 재현했고, 사업에서 젠더는 명백히 참여 공간에서 공적 지위, 역할 분담, 의사결정에서 개입 층위를 구분하는 구조였다. 젠더는 새롭게 열린 참



여 공간에서 어떤 기회나 자원에 대한 포용과 배제를 결정했다.

사업에서 여성 주민들에게 부과되는 역할들은 지역의 돌봄 위기를 해결하기 위한 수단이기도 했다. 남성들이 마을 대표로 건강위원회에 참여해 공적 사안에 대한 의사결정을 기회를 얻는 동안 여성들은 비공식 조직을 만들어 남성 대표들의 결정을 실행에 옮겼다. 여성 주민들의 활동을 묘사하는 ‘봉사’, ‘효도’, ‘희생’, ‘임무’ 같은 단어는 위계적 젠더 규범이 공동의 참여 기획 속에서 어떤 방식으로 작동하고 있는지 보여주는 상징적인 단어였다. 자녀와 부모 부양의 의무를 마치고 여유 시간이 생긴 50~60대 여성 주민들이 사업을 계기로 지역의 임무를 수행하게 된 셈이었고, 그럼에도 불구하고 주민들은 이런 임무를 수행하면서 만족과 보람을 느낀다고 말하고 있었다(상자 34).

#### 글상자 34. 건강리더 활동에 대한 당사자들의 이해

K지역 건강지기: 나는 이래 다니니깐, 마음이 편하고, 젊어지고, 내가 좀 활동성이 많이 생겨 놓으니 아무래도 좋아요. 내 자신도 좋고, 집에 가만히 있는 것 보다 그래도 이렇게 임무를 맡아 놓다 보니까, 회의도 가고 이러니 뿌듯하게.

- 건강지기 인터뷰, K지역

J지역 건강지기: 제가 새마을 이걸 하면서 어르신들을 참 많이 만나고, 이걸 하면서 아 어 봉사란 게 별게 없구나. 그래서 이제 이거 난타 같은거 하는데 사실 진짜 요만한 떡이라도 있으면 저한테 전화 와서 빨리 오라고 저는 진짜 지금 보람을 많이 느끼고 있습니다.

- FGI, J지역

건강증진에 대한 지식과 혈압계, 혈당계, 염도계 등 측정 기계를 가지고 마을회관을 방문하는 건강리더들은 이전과는 다른 대우를 받을 수 있었다. 건강 리더로 활동하는 주민 중 다수는 사업 이전에도 지역에서 이런 저런 명목으로 봉사활동을 하고 있었는데, 이들에 의하면 ‘그 집 며느리라도 된

마냥' 빨래, 청소하고 음식을 도왔던 봉사활동에 비해 건강리더가 하는 활동은 건강과 관련된 지식을 제공하고 건강 상태를 확인한다는 점에서 이전보다 더 환대받고 사회적 가치를 인정받는 것이었다(초점집단면접, C지역; 건강지기 심층면담, K지역).

여성 주민들은 기존의 젠더 규범에 따라 돌봄과 봉사를 요구받고 이를 수행하면서도 사업을 통해 새로운 기회에 접근할 수 있었다. 이는 역설적으로 사업이 제공하는 자원이 그리 많지 않고 주민들이 기여해야 할 일들은 많았기에 생기는 기회이기도 했다. 통상적으로 지역에서 직접 예산을 주민조직에 배분하는 사업에서 주된 참여자는 남성들이다. 그러나 건강새마을 사업이 통상적인 '뿌리기 사업'이 아니라 보건소와 주민들이 지속해서 협의하고 사전에 정해진 항목에 예산을 집행해야 하는 사업임을 파악했을 때 여러 지역에서 사업에 관심을 보이던 주민과 조직들이 떨어져 나갔다. 이장들도 큰 관심을 보이지 않는 것이 일반적이었다. 사업을 통해 얻을 수 있는 이익이 크지 않고, 불확실한 것이 확인되자 기존에 마을의 대소사를 처리하던 남성 주민들이 사업에 관심을 잃었다. 이런 상황은 역설적으로 여성이나 외지에서 이주해 들어온 주민들이 주도적으로 참여할 수 있는 기회로 작동했다. 아래 글상자에서 위의 과정을 설명하는 건강위원장은 외지에서 지역으로 이주해온 여성으로 의무감에 사업설명회에 참석하고, 역량강화 교육의 참석률이 가장 좋았다는 이유로 건강위원장이 되었다(글상자 35).

### 글상자 35. 사업 참여 계기와 사업에 대한 초기 이해

A지역 건강위원장: 새마을 사업은 알았지만은 건강새마을이라는 거는 잘 몰랐어요. 모르고 그냥 동장님이 이제 사업을 따셨으니까 당연히 통장이니까 해야 된다고 해서 했죠. 그래서 하다보니까 처음에는 이제 그 참여도가 막 좋았는데 처음에는 이제 뭐 삼천만원 지원을 해 준다니까 그걸 삼 년을 한다 그랬어. 처음에. 그게 뭐 일억 가까이 되니까 처음에 참여하는 사람들은 아 그 돈을 받으면 우리동네에 활용을 할 수 있겠구나. 이래 가지고 처음에는 많이 갔어. 단체장들이고 뭐고 많이 갔어요.

- FGI, A지역

주민들이 보기에 건강과 돌봄은 여성들이 담당할 만한 이슈였다. 마을 대표로 건강위원회에 참여하고 있다고 하더라도 남성 이장은 함께 걷고 운동하고 즐기는 활동에 적극적이지 않았다. 반면 여성들은 건강에 관심이 더 많을 뿐만 아니라 건강증진활동에 대한 다른 주민들의 참여를 독려하고, 식사 준비나 청소 등 굳은 일을 마다하지 않았다. 건강에 영향을 미치는 환경적 요인(쓰레기 불법 투기나 태우기, 환경 오염, 안전 등)에도 더 많은 관심을 가지고 있었다.

보건소도 여성 주민들에게 교육 참석 등 건강증진활동 참여를 권유하는 것에 비해 이장이 아닌 일반 남성 주민들에게는 많은 요구를 하지 않았다. 만날 수 있는 남성들은 대부분 이장이나 동아리 회장 등 특정한 직책을 가지고 있는 사람들이었다. 여성 주민들은 건강증진활동과 역량강화 교육, 행사 등 여러 자리에 더 자주 참석했다. 이에 일부 지역에서는 본디 남성 중심이던 위원회를 적극적으로 활동했던 여성 주민들이 주축이 되도록 재구성하기도 했다.

사업과 관련된 활동에 여성들이 많이 참석하게 되면서 지역에서 여성들이 겪고 있는 어려움을 토로할 기회도 생겼다. 사업에서는 매년 초 지역에서 건강 필요를 파악하기 위한 주민의견수렴을 하는데, 여기서 여성 주민들은

농촌 지역에서 여성이 담당해야 하는 과중한 역할을 지역의 건강 문제로 규정했다. “시부모님을 모시고 살며 여성의 목소리는 낮아야 된다는 사고가 깊어 스트레스와 우울증이 심하다”거나, “여자들이 낮에 밭이나 과수원에 나가 일하고 밤에 집에 와서 집안 일, 시부모 공경 등 일을 많이 하고 여가 시간이 없다”는 의견은 가부장적 농촌 지역에서 여성들이 겪는 삶의 어려움을 드러내는 것이었다(E지역 사업보고서, G지역 사업보고서).

그러나 지금까지 주민들이 여성들의 우울을 해결하기 위해 찾은 답은 정형화된 젠더 규범 변화와는 관계가 멀었다. 여성들의 맡고 있는 과중한 부담을 여성 교육이나 힐링 프로그램을 통해 개선하기는 어려울 것이었다. 아무리 여성들이 열심히 한다고 하더라도 대표는 남성이 맡아야 한다는 의견도 지배적이었다. “여기는 촌이기 때문에, 이장님이 남자들이 해야 말발이 서고, 동제가 움직이지 여자들로 하면 어려움이 있다”는 한 사업 담당자의 이야기처럼 여성들은 켜 걸음으로 마을을 돌아다니고 더 많은 관계를 형성했지만 마을 주민들을 동원하거나 강제할 힘을 가지고 있지 못한 경우가 많았다.

결국 사업에서 여성 주민들의 활동은 지역의 성과이자 자랑이 되었지만, 이에 대한 인정을 받는 사람은 남성인 건강위원장인 경우가 많았고, 여성들의 기여는 젠더 역할이나 위계의 변화로 이어지지 않았다. 마을을 대표해 공연을 펼치고 수기를 작성하는 것은 여성의 역할로, 마을을 대표해 발언하고 해외 선진지 탐방을 가는 것은 남성의 역할로 구분되었다. 성과대회에서 건강리더단의 활동을 설명하는 발표 기회 역시 남성 대표 또는 보건소 담당자의 몫으로 돌아갔다. 성별 위계와 가부장제로 대변되는 지역의 보수성은 건강증진활동과 주민들의 권력강화 모두에 지속적인 영향을 미쳤고, 미시적이고 거시적인 층위 모두에서 주민들의 참여를 어렵게 만들고 있는 것으로 보인다. 또, 사업은 기회과 집행, 평가 단계 모두에서 젠더 감수성 있는 방식으로 이루어지기 보다는 기존의 젠더 질서를 주어진 것으로 받아들였다. 고정된 젠더 규범은 문제시되지 않고 사업의 목표인 지역의 돌봄과 건강증

진활동을 위해 옹호되고 활용되었다.

건강증진사업이 남성과 여성 모두에서 효과적이고, 모두의 건강한 삶과 안녕을 지향한다면 우리는 성별 간 차이와 젠더에 따른 불균등한 권력관계를 직면해 다루어야 한다. 참여에서 젠더를 고려하지 않고, 따라서 기존의 젠더 위계가 재생산되는 현재의 상황은 지금까지 보건사업들이 고수해온 젠더맹(gender-blindness)한 관점을 반영한다.

#### 4) 사례에서 관찰되는 권력강화

건강 영역에서 권력강화적 참여의 과정을 설명하는 기존의 틀들은 주로 통제적 권력을 중심으로 참여의 수준을 구분하거나(아른슈타인의 사다리) 단계에 따라 진전되는 참여 방식(정보공유, 동원, 협력, 통제)에 따라 이를 도식화했다(Rifkin의 참여 연속선). 참여는 맥락에 의해 강하게 영향을 받는 복잡한 과정이며, 권력강화적 참여를 살펴본다는 것은 참여의 과정을 통해 변화하는 권력 관계에 주목하는 것이다. 사례에서 확인한 것과 같이 지역사회 권력강화는 통제적 권력 외에도 다른 종류의 권력 관계들의 변화를 동반한다. 따라서 여기에서는 건강증진사업에서 권력관계의 변화를 중심으로 참여의 과정을 설명하고자 한다.

이 소절에서는 사례에서 확인된 건강증진사업에서 권력강화적 참여의 과정을 설명한다. 여기서의 서술은 연구자가 유의미한 변화를 관찰할 수 있었던 지역, 즉 긍정적 하부단위사례들을 중심으로 권력강화적 참여가 어떤 양상으로 진행되는 지에 대한 것이다. 따라서 이후 이어지는 내용은 사례 전반에서 발견되는 권력강화에 대한 기술이기 보다는 정부가 주도하는 건강증진사업에서 지역사회의 권력관계가 어떤 과정을 거쳐 어떻게 변화할 수 있는지에 대한 이상형(ideal type)을 개념화하는 것에 가깝다.

Gaventa 와 Cornwall(2008)이 제시한 통제적 권력, 협력적 권력, 실현적 권력, 그리고 내면적 권력 개념을 활용해 개념화한 권력강화적 참여의 과정

을 아래와 같이 개념화했다(그림 20).

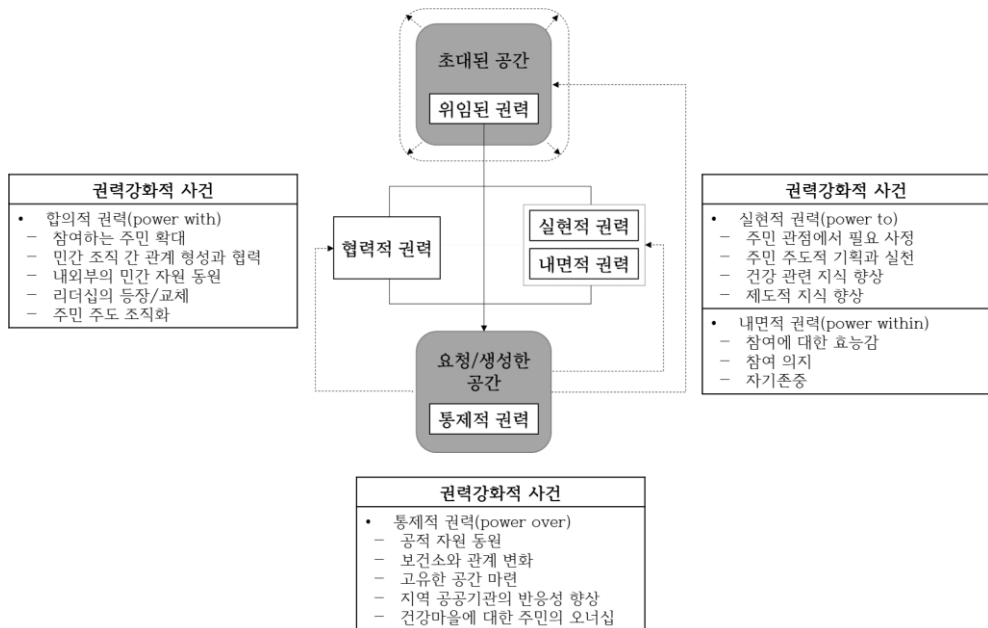


그림 19. 참여적 건강개입에서 권력강화의 과정

권력 관계의 변화는 외부의 개입에서 시작된다. 경상북도는 주민들에게 건강 관련 활동에 대한 선택권을 행사하도록 권한을 부여하고 건강위원회를 조직해 지역의 건강 문제를 해결할 수 있도록 자원을 투입했다. 이는 초대된 공간에서 주민들에게 특정한 통제적 권력이 주어졌음을 의미한다. 경상북도와 보건소는 주민들이 지역의 건강 문제들을 해결하기 위해 기존의 권력 관계들을 변화시킬 수 있는 힘을 획득하기를 기대하면서 일정한 권력을 위임했다(초대된 공간과 위임된 권력).

위임된 권력은 다른 종류의 권력으로 전환될 수 있었다. 가장 두드러지는 것은 협력적 권력이었다. 새로 투입된 자원을 토대로 마을에서 운영되는 건강증진활동은 주민들이 상호적인 관계를 형성할 수 있는 계기를 제공했다. 주민 간 신뢰가 향상되면서 더 많은 주민들이 공동의 활동에 참여하게 되었다. 주민들이 형성한 협력적 관계는 건강 마을 사업이 가지는 공적 권위와

함께 작동하면서 지역 내외의 자원을 동원하는 데에 기여했다. 이런 과정에서 건강 마을 만들기에 대한 지식을 습득하고 이에 대한 책임감을 가진 리더십이 등장하거나 건강 마을에 더 관심이 있는 주민들로 건강위원회 위원들이 교체되었다. 사업의 공식 조직인 건강위원회 외에 추가적인 조직이 구성되기도 했다. 건강위원회와 건강리더조직은 일정한 권위를 가진 주체로 지역 수준의 건강 문제를 해결하는 데에 중심적인 역할을 했다. 지역의 건강 향상이라는 공적 목표에 동의하는 지역 내 다양한 주체들도 건강위원회의 활동을 지원·지지했다. 지역주민들이 조직화되고 리더십을 획득하는 것은 지역의 건강 문제를 발견하고, 보건소와 함께 건강증진활동을 계획하는 과정에서 지역 주민들의 필요를 보다 잘 반영하는 데에 도움이 되었다. 지역의 대표로 믿을 만한 주민들이 건강증진활동을 홍보하고 권유하는 것도 보건 교육이나 건강 캠페인 등에 대한 참여율을 올리는 데에 기여했다. 이런 과정을 반복하면서 주민들은 보건소의 자원과 운영 방식에 대한 지식을 얻고, 자신들이 원하는 서비스나 변화에 대해 좀 더 구체적이고 실현가능한 요구를 내놓을 수 있었다. 건강위원과 건강리더들도 마을 만들기와 주민참여에 대한 지식을 습득하고 사업에 대한 이해가 깊어지면서 일반 주민들의 의견을 좀 더 잘 반영할 수 있도록 노력하게 되었다(협력적 권력).

주민들은 보건소, 면사무소 등 다양한 일선 공무원들과 접촉하고 사업에 대한 교육을 받으면서 다양한 지식을 습득하고 지역사회를 변화시키기 위해 필요한 역량을 축적할 수 있었다. 건강과 관련해서 스스로 실천할 수 있는 일들이 있다는 것을 알게 되고, 보건소의 사업과 역할에 대해 파악하게 되었다. 주민 관점에서 지역의 건강 필요를 사정하고 이를 해결하기 위한 활동을 직접 기획하고 실천할 기회를 얻었다. 주민들의 관점에서 지역사회의 필요를 사정하고, 이를 해결하기 위한 실천을 직접 기획하며, 그를 위해 필요한 여러가지 지식을 갖추으로써 주민들은 무엇이 가능한지, 더 나아가 무엇이 당연한지에 대한 경계를 확장할 수 있을 것이었다(실현적 권력).

건강한 마을 만들기에 대한 권력을 위임받은 주민 대표들은 지역사회에

대한 책임감을 느끼고, 마을의 변화를 뿌듯하게 받아들였다. 마을에서 주민들을 대표하여 활동하고, 그것이 다른 주민들에게 인정받는 성과로 나타나는 것은 기쁘고 보람찬 일이었다. 크고 작은 참여에 대한 효능감은 향후 참여에 대한 의지로, 참여자의 기여에 대한 사회적 인정은 자기 존중으로 이어질 수 있었다(내면적 권력).

주민들이 직접 지역사회의 변화에 대한 오너십을 가지고 사업을 관리하게 되는 것은 문제 해결을 위한 자원동원에 대체로 유리한 영향을 미치는 것으로 파악되었다. 부서간 장벽과 기관 간의 비협조가 당연한 행정 조직의 방식과 다르게 주민들은 민간 기업과 주민 조직, 면사무소와 군청 등 협력과 자원 동원의 대상을 가리지 않았다. 건강위원회의 주민들이 공동으로 사용하는 공간을 만들기 위해 방치된 폐교의 풀을 깎고 컨테이너 박스에 페인트를 칠하는 것을 보면서 지역 내 다른 주민 조직이나 면사무소가 건강위원회의 활동을 외면하기는 어려웠다. 이와 함께 지역주민들의 건강 개선이라는 공적 목적을 위한 일이라는 경상북도와 보건소의 공적 인정은 건강위원회의 요구와 활동에 대한 일선 기관들의 반응성을 강화하는 결과로 이어졌다.

그러나 외부로부터 자원 투입이 반드시 주민들의 권력강화에 긍정적으로 작동하지는 않았다. 외부로부터 자원을 동원해 주민들이 해결하고자 했던 문제를 해결했다는 것 만으로 참여효능감을 느끼기도 했지만 외부에서 주어진 자원을 두고 주민들 사이에 배분을 둘러싼 갈등이 벌어지거나 오해를 살 가능성(혼자 이익을 보기 위해 공적 자원을 동원했다는 의심 등)도 배제할 수 없었다. 외부에서 쉬이 자원이 주어짐으로써 주민들이 스스로 해결할 수 있는 문제를 구매를 통해 개선하고, 주민 조직화와 오너십 향상의 기회를 놓쳐버릴 가능성도 있었다.

다시 정리하면, 초대된 참여 공간에서 권력 위임과 이를 지원하기 위한 자원 투입은 지역 내에서 공동의 목표를 위해 공유되는 정체성을 가지고 협력하는 사람들 사이에서 발현하는 협력적 힘과 자신들의 의지에 의해 문제를 설정하고 해결해 나가는 실현적 힘, 개인의 자존감과 자신감, 참여 효능



감을 포함하는 내면적 힘을 촉발했다. 이런 힘들은 다시 순환해 더 큰 통제적 권력을 발휘할 수 있게 했다. 주민이 설정한 지역의 문제 또는 목표를 위해 공적 자원을 동원하고, 상시적인 대화가 가능한 고유의 공간을 마련해 냈다. 사업에 대한 오너십이 주민들에게 넘어가면서 보건소와 주민들 사이의 관계도 변화했다. 보건소 외의 지역 내 공공기관들도 건강위원회 주민들의 요구에 좀 더 반응성 있게 대응하게 되었다(통제적 권력).

참여적 건강개입에서 권력 관계의 변화는 개념적으로 일정한 단계를 밟아 진행된다고 볼 수 있지만, 이는 다층적, 다면적 층위에서 이루어지는 역동적 현상이기 때문에 단일한 경로를 따르는 것처럼 관찰되지 않는다. 위에서 제시한 권력강화의 과정은 단일하고 직선적인 경로가 아니라 여러 권력이 합류하고 전환되는 과정을 의미한다. 처음에는 일방적으로 보건소에 의해 권한을 위임받았던 주민들이 다양한 사건을 겪고 상호작용하면서 참여 공간을 변화시키게 된다.

주민들의 권력강화는 다시 참여의 공간을 만들어낼 수 있다. 역량을 갖추고 집합적 통제를 요구하는 주민들은 보다 민주적인 정책과 제도를 통해 더 많은 권력을 위임받거나 참여의 공간에서 결정할 수 있는 내용의 범위를 넓혀낼 수 있다. 예를 들어 지방정부와 보건소가 권력강화된 주민들에게 더 많은 의사결정 권한과 자원을 부여하고, 지역보건의료계획 같이 좀 더 상위의 공적 의사결정 과정에 참여할 수 있도록 참여 공간을 넓혀준다면 이는 다시 새로운 권력강화의 과정을 촉발할 수 있을 것이다. 이렇게 주민들이 더 많은 통제적 권력을 가지게 되었을 때 이는 개인적 효능감과 사회적 인정으로, 그리고 주민들의 목표에 동의하는 더 많은 행위자들과의 협력으로 선순환할 수 있다.

## V. 결론

### 1. 종합과 고찰

#### 1) 사람들의 관점에서 건강과 건강증진의 필요성

주민들에게 건강은 명확하게 정의하기 어렵지만 지역주민들이 함께 개선해야 할 규범적 의미를 가진 것이었다. 주민들은 상황에 따라 다양한 의미로 ‘건강’을 이해했다. 건강은 ‘웃으면 건강해져요’라는 관용적 표현이 반영하는 정서적 상태를 의미하는 동시에 ‘서로 대화하고 협력할 수 있는 건강한 지역사회’라는 은유적 표현이 가리키는 지역사회의 사회적 관계나 탄력성(resilience)를 의미하기도 했다. 건강증진과 관련된 활동들을 하면서 주민들은 고된 일상과 나이듦으로 인해 어쩔 수 없는 것으로 여겼던 건강에 대한 통제감을 회복하기도 했다. 사는 만큼 살다가 죽는 게 아니라 좀 더 좋은 건강상태로 지내기 위해 걷기나 체조, 건강한 식사처럼 스스로 할 수 있는 일들이 있다는 생각을 하게 되었다. 이 때의 건강은 주민들이 스스로 관리해야 하는 규범적 가치였고, 투병과 병원비로 인한 부담을 자식들에게 부여하지 않기 위해 스스로 관리하고 책임져야 할 부담이자 위협이었다.

반면 보건소나 사업을 시행하는 경상북도의 관점에서 건강은 통합건강증진프로그램에서 목표로 하는 여러가지 지표와 관련된 지역주민들의 상황이었다. 지역의 건강 격차나 건강 수준을 조사하고 발표할 때 건강은 사망률과 유병률이었고, 걷기 실천과 우울감, 만성질환 유병과 치료 등을 의미했다. 주민들은 일상적으로 ‘건강’을 다양한 의미로 사용하면서도 보건소가 제시하는 건강에 대한 개념을 받아들이고 학습했다. 건강증진사업에서 목표로 삼는 여러가지 지표들에 대한 지식이 확산되고, 건강 리더들은 특정한 건강지표들을 염두에 두고 활동을 하기도 했다.

그러나 전반적으로 건강증진활동은 특정한 건강지표개선보다는 지역의 건강 활동이라는 포괄적인 범주 안에서 주민들이 상호적 관계를 형성할 수 있

는 계기로 의의가 더 컸다. 평소 알고 지내면서도 함께 무언가를 할 계기가 없었던 주민들은 사업을 계기로 함께 웃으며 상호교류할 수 있는 기회를 얻었다. 건강체조와 걷기, 보건교육, 웃음치료 등은 교류가 없었을 뿐만 아니라 어색했던 주민들이 호혜적 관계를 맺는 데에 좋은 명분이 되었다. 주민들은 자주 만나고 협력하면서 서로 돕는 것이 지역의 건강수준을 개선하는 데에 도움이 된다고 생각하면서 사업이 지역에 활기를 불어일으켰다고 입을 모았다. 노화와 빈곤, 사회적 고립으로 인해 기본적인 일상을 유지하는 데에도 어려움을 겪는 노년 주민들이 다수를 차지하는 한국의 농촌에서 이는 정확하고 유효한 관점이었다. 열악한 주거환경에서 홀로 살며 제대로 된 식사를 하지 못하던 노인들이 마을회관에 모여 함께 식사하고 몸을 움직이는 것은 분명 ‘건강한 변화’였다. 이는 노령 인구에서 신체 활동이 직접적인 건강이득 외에도 사회심리학적 웰빙을 통해 건강에 영향을 미치고, 규칙적인 신체 활동이 스스로의 삶에 대한 의미부여나 더 높은 주관적 건강 수준과 관련이 있다는 기존의 근거들과 부합하는 것이기도 하다(Ruuskanen and Ruoppila 1995; Andrews 2001).

지역 주민들에게 건강은 일상과 구분되지 않았다. 버스정류장에 벤치를 설치하고 버려진 쓰레기를 치우며, 오랫동안 방치되어 있던 운동장을 정비해 공용 공간으로 활용하는 일들이 모두 건강새마을 조성사업의 테두리 안에서 이루어졌다. 주민들이 정의하는 건강 필요는 협소한 보건의료 영역 안에 국한되지 않았고, 문제의 해결 역시 보건소나 보건 부처의 영역을 넘어서는 협력 속에서 가능했다. 주민들이 스스로 필요를 발견하고 말하게 되었을 때 건강은 일상적 필요와 사람들 사이의 관계, 거주 환경, 지역의 문화를 아우르는 총체적인 영역과 관련되어 있는 것이었다.

그러나 주민들이 가지고 있는 건강 필요를 해결하기 위한 해결책은 빈번히 기존의 지식에 의해 제약되었다. 다양한 건강 필요가 논의되었음에도 지역의 건강 우선순위는 설문조사에서 측정한 건강행태를 중심으로 정리되었다. 건강 문제의 해결 역시 지역에서 가용한 건강 프로그램을 중심으로 제

한되었다.

일례로 지역에서 여성의 지위가 낮고 농사와 집안일로 여유 시간이 없어 우울감이 높다는 주민들의 문제 의식은 여성들의 건강에 악영향을 미치는 가부장적 관계나 여성들에게 부과되는 과중한 역할에 대한 비판적 성찰로 이어지지 못했다. 문제의 해결도 주민들이 직간접적으로 경험해 알고 있는 범위 내에 제한될 수밖에 없다. 여성들에 대한 가부장적 구속에 대해 직접적으로 문제를 제기하고 남성들의 인식이 변화할 필요가 있다는 문제제기가 확인되는 E지역에서도 여성들의 우울함을 개선하기 위해 제안된 해법은 노래교실과 웃음치료, 여성을 위한 힐링 프로그램이었다(E지역 2014년 사업평가서).

열악한 상황을 인정할 수밖에 없는 상황들도 있었다. 제대로 난방이 되지 않는 집에서 지내고 있는 노인들의 거주 환경을 개별적으로 개선하기 어려워니 주민 대표들은 노인들이 마을회관에서 지내며 보온을 유지할 수 있도록 조치를 취했지만 스스로 마을회관을 오갈 수 있을 만한 여력이 되지 않는 독거노인의 경우 방법이 없었다. 주민 대표들은 전동휠체어가 이동할 수 있도록 도로를 포장해 줄 것을 면에 요구하거나 쉬어 갈 수 있는 벤치를 설치할 수 있도록 예산을 확보했지만 아예 누워서 생활하는 노년 주민의 상황에 개입하기는 어려웠다. 건강위원회 등 주민대표들은 사업을 계기로 지역에서 가장 열악한 상황에 있는 주민들의 사정을 좀 더 유심히 들여다보게 되었지만 빈곤과 노령화는 주민들의 선의와 관심으로 해결할 수 있는 문제가 아니었다.

사례에서 관찰된 주민들의 건강 필요는 건강과 건강증진에 대한 기존의 개념에 의문을 던진다. 육체적, 정신적 기능의 쇠퇴가 자연스러운 노년의 인구집단에게 ‘건강한 삶’은 무엇을 의미하는가? 건강하고 영양가 높은 식단은 커녕 끼니를 제대로 챙기지 못하는 주민들에게 고혈압과 당뇨 예방을 위한 저염식은 어떤 의미가 있나? 남아 있는 이가 몇 개 되지 않고 틀니도 없는 주민들에게 점심식사 후 칫솔질은 무엇을 위한 지표인가? 보행보조용 유

모차 없이 걷기 힘들거나, 마을회관까지 가는 길에 중간에 맨바닥에 앉아 쉬어야 하는 이들에게 신체활동은 무엇을 의미하나? 본디 건강증진이나 주민참여가 어떤 주체를 상정하기에 지역에서 ‘노인이 많은 지역이어서 건강증진사업이나 참여사업을 하기가 어렵다’는 호소가 반복되나?

일상생활과 기대여명에 영향을 주는 부정적인 상태의 부재가 아니라 육체적 정신적 기능이 양호하고 사회적 활동에 참여할 수 있는 총체적 웰빙이 갖춰진 상태로 건강의 긍정적 정의(McQueen et al. 2007)를 채택한다면 현재 활용되고 있는 보건사업 지식들은 경상북도의 건강취약지역 주민들의 건강을 증진하는 데에 충분하지도 적합하지도 않다. 오타와 헌장이 적시했던 것처럼 건강증진이 ‘사람들이 자신의 건강에 대한 통제력을 행사하고, 건강을 향상시키기 위한 능력을 키우는 과정’이라면 건강증진을 위한 지식과 실천은 이들 ‘사람들’과 이 사람들이 살아가는 삶에 적합한 방식으로 재구성되어야 한다. 통합건강증진사업 매뉴얼이 제시하는 틀 속에 주민들의 삶을 끼워 맞추는 방식으로 이루어지는 사업들은 특정한 필요와 자원을 가진 대상에게 선택적인 서비스를 제공할 뿐 실제로 주민들이 건강한 노년을 위해 필요로 하는 것들이 무엇이고 그것을 충족하기 위해서는 어떤 서비스와 자원이 필요한지를 적극적으로 묻지 못하고 있다. 고령화된 농촌 지역에서 주민들이 삶과 건강을 돌보는 것을 목적으로 한다면 앞으로 건강증진사업은 주민들의 관점에서 문제를 파악하고 현실에서 필요를 충족하기 위한 상황에 적합한 접근을 택해야 한다. 지역의 인구 구조나 사회적 경제적 맥락에 적합한 목표와 평가지표를 설정하고 개입 방식 또한 상황에 적합한 형태로 전환되어야 한다. 질병이 없는 상태나 의료비를 최소화하기 위한 예방같이 수단적인 관점이 아니라 일상의 과제들을 수행할 수 있다는 의미에서 건강(Topp, Fahlman, and Boardley 2004)과 고령친화적 환경을 위한 지식이 확산되고 주민들과 함께 논의되어야 하는 것이다.

지역사회에서 벌어지는 일상의 넓은 영역에 펼쳐져 있는 건강 필요는 전문가의 일방적 사정이나 설문조사로 드러나지 않는다. 따라서 앞으로 건강

증진사업들은 필요 진단이 보다 참여적인 방식으로 이루어질 수 있도록 기존의 방식을 변경할 필요가 있다. 건강 문제를 파악하는 데에 외부 전문가의 관점 대신 지역사회 주민들의 관점이 중심이 될 수 있도록 전환이 필요하다. ‘건강을 주제로 주민들이 이야기를 시작하면 먹고, 살고, 사용하는 것들을 포함해 굉장히 많은 것들에 대한 이야기가 나온다’는 연구자의 말처럼(연구자 초점집단면접, 40대 남성) 건강은 지역 주민들의 삶과 관련된 포괄적인 영역과 관련이 있는 주제이다. 전통적 건강증진사업의 협소한 영역이나 의료화된 지식으로 지역사회의 필요를 재단하지 않고, 주민들이 직접 자신들의 관점에서 문제를 프레이밍할 수 있도록 충분한 시간과 자원을 제공해야 한다. 지역사회가 오너십을 가지고 주민들의 필요를 개입가능한 문제로 설정하고 이를 개선하기 위한 실용적인 지식을 획득하는 것은 곧 지역사회의 권력강화를 의미하는 것이기도 하다. 따라서 건강 영역에서 통상적으로 이루어지는 표준화된 지표에 대한 양적 조사와 그를 토대로 한 문제 설정보다는 일상적인 주민들의 언어와 관계 속에서 지역의 필요를 도출할 수 있도록 주민들의 역량을 강화하기 위한 교육과 지원, 기회가 필요하다. 지역 주민들이 직접 계획하고 실행하는 조사는 이전에는 접근하기 어려웠던 주민들과 접촉할 계기를 제공하고, 주민 리더들이 설문 과정에서 지식과 기술을 습득할 수 있으며, 지역사회 리더십이 문제의식을 공유하게 된다는 점에서 그 자체로 지역사회를 권력강화하는 데에 기여할 수 있다(Kaplan et al. 2004). 강원도 건강플러스 사업이 채택하고 있는 한국주민운동정보교육원의 주민조직화 교육(한국주민운동정보교육원 2010)이나 제5기 지역보건의료계획에 포함되었던 MAPP 모델(곽민선 and 유승현 2010)등은 주민의 관점에서 필요를 진단하는 과정을 강조하고, 이를 위한 구체적인 방법을 제시한다.

어떤 현상을 문제로 설정하고 그 원인에 주목하며, 그것을 어떻게 해결할 수 있을지에 대한 지식을 생성하는 과정에 대한 개입은 권력강화적 참여의 핵심적인 과정이다. 사람들은 스스로 문제를 설정하고 그 해결을 구하는 과정에서 자신들이 처한 현재 상황을 비판적으로 성찰하고 무엇이 가능한지에

대한 경계를 확장할 수 있다. 대화를 통해 자신들의 상황을 비판적으로 인식하고, 개인의 문제라고 생각했던 불행들을 구조적 불평등과 억압의 결과로 자각하며 더 나아가 이에 대응할 수 있는 지역사회의 역량을 깨닫게 되는 과정은 사회변혁을 지향하는 CBPR이나 지역사회 운동의 핵심 과정이다(Wallerstein and Duran 2006; Cacari-Stone et al. 2014; 알린스키 2016). 지식이 의사결정에 핵심적인 역할을 도맡는 건강과 보건의료영역에서 무엇이 문제이고 무엇이 그 원인인지를 규정하는 지식생산에 대한 참여는 이후 누가 의사결정에 참여하고 주도권을 가질 것인지에까지 영향을 미친다. 즉, 무엇이 지역사회의 건강 문제인지를 규정하는 지식 생산에 대한 참여는 이전에는 의사결정에 배제되어 있던 사람들이 목소리를 내고 주체적으로 활동하며 기존의 권력관계를 인지하고 변화시키는 주체가 되는 데에 필수적인 과정이다(Gaventa and Cornwall 2008; Jagosh et al. 2015).

건강과 건강증진을 인도하는 지식이 전문가에게 독점되어 있고, 주민들을 대상화하는 기존의 건강증진개입이 가진 한계는 명백해 보인다. 표준화된 지표와 사업으로 지역의 건강 격차를 줄이는 개입이 효과적으로 이루어질 수 없다는 것도 명료하다. 한국 건강증진사업이 지역중심성을 회복하고 사람들의 관점에서 건강과 건강증진을 재구성해야 한다는 논의가 강조된 것은 오래된 일이다(정민수 et al. 2008; 유승현 2009; 조병희 2010; 김창엽 2013). 최근 10여년 사이 읍면동 단위의 참여형 건강 사업들은 주민들이 대화를 통해 각성하고 협력할 수 있고, 개인과 구조 사이의 상호작용이 일어날 수 있는 사회적 정치적 장(場)으로 지역사회의 가능성을 탐색했다.

이 연구가 사례로 삼았던 건강새마을 조성사업에서 파울루 프레이리가 이론화한 페다고지의 비판적 대화나 CBPR이 강조하는 공동 지식생산이 이루어졌다고 보기는 힘들다. 전반적으로 이전에는 크게 주목하지 않았던 지역의 열악한 건강 수준에 대해 알게 되고, 이와 관련해 주민들이 스스로 나서서 할 수 있는 일들이 있음을 알게 되면서 지역에 따라 지역사회의 역량이 크게 향상된 마을들이 확인되었지만 지역의 건강 문제를 둘러싸고 비판적

성찰이나 의식화가 이루어졌다고 보기는 어렵다. 관과 민 사이의 협력을 강조하고, 건강에 대한 지식이 전문가에게 독점되어 있는 상황을 자연스럽게 받아들이면서 주민들은 건강을 측정하고 개선하기 위한 목표를 세우는 과정에서 보건소와 자문 연구자들이 제시하는 지식을 그대로 받아들이기가 쉬웠다. 주민들이 자연스럽게 문제를 제기하는 노인들이 겪고 있는 일상생활에서 어려움이나 억압적인 젠더 관계, 열악한 물리적 환경, 만성적인 음주 등의 사안들은 건강위원회의 논의 과정에서 해결해야 할 중요한 건강 문제로 구체화되지 못했다. 보건소 담당자들 역시 주민들과 함께 지역사회의 문제를 진단하고 이를 구체화하여 해결가능한 기획을 만들어내는 공동의 지식 생산에 익숙하지 않았다. 매년 도가 평가하고 시상하는 사업을 맡은 담당자들은 사업의 ‘추진’과 ‘성과’에 신경을 쓰지 않을 수 없었고, 주민들의 주체적 활동을 충분히 기다리고 지원하기 보다는 사업메뉴얼의 일정에 부합하게 주민들의 활동을 주도하기 일쑤였다.

그러나 위와 같은 상황을 감안하더라도, 지역기반 건강증진사업을 통해 만들어진 주민 조직은 주민들의 건강 필요를 담아낼 수 있는 공간으로 유의미한 공간이 될 수 있을 가능성을 기각할 필요는 없을 것으로 보인다. 경상북도의 주민들이 앞으로 주체적으로 건강 문제를 이해하고 해결을 위한 논의를 진척할 수 있을 만큼의 역량을 갖추게 되고, 보건소 등 공공기관이 보다 동등한 입장에서 주민들의 활동을 지지하며, 지역의 건강증진사업에서 지역중심성, 사람중심성에 대한 지식이 확산된다면 주민들의 활동은 차츰 비판적 성찰과 의식화로 나아갈 수 있을지 모르는 일이기 때문이다. 지난 5년간의 경험과 개인적 효능감, 사회적 인정은 앞으로 경상북도의 건강위원회들이 보다 자율적이고 주체적인 활동을 하기 위한 자원이 될 수 있을 것으로 판단된다. 다만 앞으로는 지역의 건강 문제를 지역사회가 스스로 결정하고 원인과 해법에 대해서 더 넓은 가능성과 대안을 가지고 논의하며 문제의식을 기를 수 있도록, 더 나아가 자신들의 사업을 주민들이 스스로 평가할 수 있도록 이에 대한 지지가 필요하다. 이를 위해 기술적 지원을 담당하



는 지원단은 주민들이 직접 설문지를 만들고 분석에도 의견을 제시하는 등 지역사회 필요사정과 비판적 질문, 대화가 오가기 위한 장치들을 제시하는 등 구체적인 방법과 자원을 제공할 필요가 있을 것으로 보인다.

건강위원회는 노령화된 지역에서 주민들의 필요를 당사자들에게 적합한 방식으로 표출하고 문제를 해결하는 공간이 될 수 있을 가능성을 품고 있다. 국가치매예방사업이 제공하는 인지기능강화교육을 준비하다가 건강위원회를 통한 주민들의 요구로 인지기능강화교육 대신 한글 교실을 운영하게 되었던 I 지역의 사례는 조직화되고 목소리가 생긴 주민들이 하향식으로 제공되는 서비스에 대해 어떻게 반응할 수 있는지를 보여주는 작은 사례이다. 한국의 다른 지역들에 비해 고령화를 먼저 경험하는 농촌 지역에서 건강위원회는 노년의 삶과 건강에 대한 대안을 탐색하고 실험하는 공간으로서 의의도 가질 수 있다. 돌봄 위기와 지역 고령화라는 준비되지 않은 사회의 문제를 직면한 문제로 다루는 참여의 공간은 사람들이 원하는 장소에서 원하는 방식으로 나이 먹고, 사회적 기능을 유지하기 위해 필요한 조건들을 실험하고 요구하는 공간이다. 이를 고려한다면 건강위원회는 단기적 건강행태 개선이나 가시적인 성과가 아니라 지역의 건강문제에 대해 오너십을 가진 주민주도조직으로 역량을 확대해 나가야 한다.

## 2) 참여불평등과 지역 내 불평등

“조직을 구성하는 사람들은 구성원들은 상대적으로 사회경제적 수준도 높고 사업대상 중에 모든 사람들이 다 가난한 게 아니란 말이죠, 그 안에는 계층적인 불평등이 있죠. 그런데 그 사업과 관련해서 논의를 주도하는 사람들은 상대적으로 좀 가진 사람인 경우가 많고 그러다 보니까 어떤 문제가 생기냐면 사업을 하되 그 안에서는 다시 그 지역의 취약계층은 배제가 되는 거예요. 그리고 거기서 하는 사업들의 혜택을 보는 사람들은 또 상대적으로 여유가 있는 사람들이 될 확률이 높아서 어쩌면 그 지역 안에서는 불평등이

*커질 수 있는 가능성을 배제하지 못한다.”*

- 심층면담, 연구자 5

건강불평등을 줄이기 위한 주민참여적 건강개입이 권력강화적 참여를 통해 기존의 불평등한 권력 관계를 변화시키고자 하는 것이라면, 이 때 말하는 불평등한 권력 관계는 어디에 있는 걸까? 가장 열악한 지역에서 건강, 그리고 삶의 질을 향상하기 위해 주민들의 정치적 세력화를 지향한다면 주민들이 획득한 힘은 어떤 관계를 변화시켜야 하는가?

지역사회를 중심으로 하는 주민참여개입은 언제나 힘 있는 이들에게 더 많은 권력을 부여하는 역진적 개입이 될 위험을 가지고 있다(Hastings and Matthews 2015; Kennett et al. 2015). 지역 내 불평등에 대한 고려 없이 이루어진 주민참여개입은 일부 집단의 목소리를 과잉 대표하거나 기존의 지역 내 권력 구조를 강화하는 데에 기여하기도 한다. 지역 내에서 상대적으로 높은 사회경제적 수준을 가지고 있는 주민들이 건강위원회에 참여하고, 이를 통해 사회적 신망을 얻는 것은 지역 내 권력구조를 재생산, 공고하게 만드는 데에 도움이 될 뿐이다. 건강 증진 활동 참여나 건강 행태 변화에서도 불평등은 반복된다. 실제로 한국의 건강증진사업에서도 지역의 대표로 사업에 참여하는 주민들은 일반 주민들에 비해 건강행태 개선과 통제력 향상 수준이 더 컸다(김장락 외. 2017).

연구 사례를 비롯해 한국의 건강 마을 만들기 사업들은 지역 내 불평등한 권력 관계를 적극적으로 다루지 않는다. 부산이나 강원도처럼 암묵적으로 건강위원회를 구성할 때 현직 이통장단을 피하도록 권장하는 사업도 있지만 경상북도와 경상남도처럼 농촌 지역의 사업들은 대부분 이장단을 중심으로 건강위원회가 구성되고 있다. 지역 내 권력 관계 변화를 목표로 설정하지 않고 이루어지는 참여적 건강개입은 내부의 불평등을 용인하고, 지역 내 건강 불평등을 확대할 수 있다(Frohlich and Potvin 2008). 지역에서 이미 권력을 가진 사람들이 주민참여사업의 자원과 참여 공간을 독점하고 사업의 취

지나 목적까지도 전유했던 건강 마을 만들기의 사례도 그리 멀리 있지 않다 (홍종원 2015).

참여 불평등은 주로 소득, 인종과 같이 비교적 가시적인 문제를 중심으로 논의되는데, 연구에서는 주민들의 경제적 수준이나 교육 수준 등을 파악하기 어려웠고, 현지조사에서도 비참여자들을 거의 만나지 못했다. 건강증진활동에 참여하는 남성 주민이 거의 없었기에 인터뷰에 참여한 모든 남성 주민은 이장 등 지역에서 그 권위를 인정받고 있는 지도자의 역할을 맡고 있거나, 직위를 맡았던 경험이 있는 사람들이었다.

사업은 외부에서 살다가 이주해 들어온 주민들이 지역과 관련된 활동을 할 기회를 제공했는데, 이는 오히려 지역사회의 폐쇄성을 보여주는 사례다. 이주해 들어온 주민들은 한 번도 지역을 떠나지 않았던 정주민들에 비해 위치가 불안정하고, 다른 주민들의 시샘이나 오해를 사기 쉬웠으며, 그로 인해 마을의 일에 가능한 나서지 않으려는 경향이 있었다. 그러나 건강새마을 조성사업은 도시에서 거주하다 고향으로 돌아온 주민들이 활동하기에 더 용이한 측면이 있었다. 이주민 중에는 도시에서 건강증진서비스를 이용한 경험이 있는 사람이 많았고, 건강증진활동에 대한 태도도 더 긍정적, 적극적이었다. 40여년 동안 도시에서 살다가 귀향하고 10년이 넘었다는 80대 남성 주민은 내내 농사만 짓던 정주민들이 삶을 즐기고 건강을 챙길 줄 모른다며 안타까워했다(참여관찰기록, I지역). 인근 도시에서 경찰공무원 생활을 하다가 귀향해 이장을 맡게 된 또 다른 남성 주민은 노년 주민들의 상황이 놀라울 정도로 열악하다면서 자신의 고향이 이런 ‘치욕스러운 상황’에서 벗어날 수 있도록 노력을 보태고 싶다고 말했다(참여관찰기록, H지역). 이들에게 ‘일부가 아니라 다 같이 잘 되자고’ 하는 이 사업은 이주민들이 잘난 척하거나 욕심 부리는 것으로 비춰지지 않으면서 지역의 일에 기여하고 ‘인정’받을 수 있는 기회였다(참여관찰기록, E지역).

육안으로 확인되는 성별 역시 참여불평등의 중요한 축이었다. 젠더는 주민들의 활동에서 자연화되어 가시화되지 않는 권력 구조로 전체 과정과 의사

결정에 작동했다. 이는 기존의 참여 연구들에서도 대부분 동일하게 나타나는 현상으로 사업 기획 단계에서 젠더 불평등을 해소하기 위한 특별한 조치를 취하지 않는 이상 대부분의 참여적 개입에서 여성들은 남성들에 비해 더 낮은 참여 기회와 통제력을 얻는 데에 그치게 된다(Draper, Hewitt, and Rifkin 2010; K. Scott et al. 2017).

젠더는 고용, 소득, 교육, 사회적 관계, 정치 참여에 이르기까지 다수의 건강의 사회적 결정 요인과 교차하면서 건강에 영향을 미치는 가로지르는 요인(cross-cutting factor)이다. 지역사회 수준에서 주민들의 참여를 통해 건강을 개선하고자 하는 새로운 공중보건 패러다임에서 젠더 관점과 젠더 감수성 있는 개입은 더욱 중요하다(Östlin and Sen 2009). 권력강화적 참여에서 젠더 관점은 주민들의 권력강화 과정에 작동하는 젠더 권력 관계에 주목하는 것이다. 젠더 권력 관계에 주목하는 것은 양성 간의 관계, 제도, 사회구조인 젠더가 어떻게 정치적 과정에서 가시적·비가시적으로 작동하는지를 살피고 드러내는 것을 의미한다(J. W. Scott 2007; 김미덕 2011).

건강 행태와 건강에 대한 인식에서 성별 간 차이가 명백했던 것만큼이나 새롭게 생성된 참여 공간에서 주민들이 얻게 된 공적 지위와 역할 분담, 의사결정 층위에서 젠더 구획이 지속되었다. 마을을 대표하는 건강위원회는 남성중심 공간으로, 실무를 맡아 다른 주민들을 돌보고 보건 교육에 순응하여 건강활동을 실천하는 건강리더조직은 여성 중심 공간으로 꾸려졌다. 위계적 젠더 규범과 젠더 역할은 지역의 건강 문제를 해결하기 위해 적극적으로 활용되었다. 일상에서 건강을 돌보는 활동은 본디 각자의 가정에서 그러했던 것처럼 여성들의 일로 맡겨졌다. 남성들이 마을의 대표로 공적 인정을 받는 공식 조직인 건강위원회에서 마을의 일들을 논의하는 동안 여성들은 비공식 조직을 구성하고 남성 대표들의 결정을 실행에 옮겼다. 여성 주민들의 활동을 묘사하는 ‘봉사’, ‘효도’, ‘희생’, ‘임무’ 같은 단어는 위계적 젠더 규범이 주민참여적 건강개입에서 어떤 방식으로 작동하고 있는지 보여준다.

동시에 건강한 마을을 위한 주민참여는 여성들이 권력강화될 기회를 제공

했다. 사업은 지역사회 건강 문제를 공적인 의제로 만들어 주었다. 마을의 쓰레기 문제나 노인들에 대한 돌봄 같이 가시화되지 않았던 노동과 노력들이 드러나고 인정받으면서 여성들은 지역의 문제를 해결하는 주체로 임파워되었다. 여성들은 교육에 참여하고 노년 주민들을 돌보며 성취감과 효능감을 느꼈다. 주민들이 습득한 건강증진과 질병예방에 대한 지식은 당연히 일상적이어서 인정받지 못했던 가사 노동이나 노인 돌봄과는 달리 노년 인구들의 환대를 이끌어낼 수 있었다. 지역의 문제를 해결하는 과정에 참여하게 되면서 이제까지 지역사회수준의 의사결정과정에서 배제되어 있던 여성들도 지역의 공적 자원 배분과 공공 정책에 대한 지식을 획득할 수 있었다.

권력강화적 참여가 변화시키고자 하는 불평등한 권력 구조는 지역 내의 불평등한 권력 구조를 포함해야 한다. 여기에는 젠더나 빈곤, 나이, 문중 등의 구획들이 지역의 참여 또는 의사결정 불평등과 관련이 깊을 것으로 생각된다. 특히 젠더는 사람들이 스스로의 정체성을 규정하고 관계 맺는 기반으로 개인이 자신의 필요를 인지하는 방식에서 시작해 자신의 삶과 건강에 대한 통제를 행사하고 권리를 주장하는 데에 결정적인 영향을 미치는 구조다.

주민참여적 건강개입은 지역 내에서 기존의 권력관계를 변화시킬 수 있는 기회를 제공하지만 새롭게 생성된 참여 공간은 금방 기존의 관계에 의해 채워진다. 사례에서 젠더는 가시화되지 않으면서 참여의 과정에 걸쳐 영향을 미쳤으며, 이는 주로 젠더순응적(gender accommodating)이거나 젠더착취적(gender exploitative)인 과정이었다. 사업에 대한 실질적인 참여가 여성들에 의해 주도되고 있음에도 불구하고 건강위원회 등 공식 의사결정구조의 남성 중심성은 의문시되지 않았던 반면, 남성들의 건강증진활동 비참여는 해결해야 하는 중요한 문제로 설정되었다. 젠더 고정관념과 젠더 역할은 지역의 부족한 돌봄 필요를 해결하는 데에 여성들의 노동력을 동원하는 데에 활용되었다.

사례의 건강 마을 만들기는 또한 노동이나 빈곤의 문제를 본격적으로 다루지도, 그로 인한 참여불평등을 바로잡기 위한 노력을 하지도 않는다. 이는

대체로 건강한 지역을 만들기 위한 참여가 노동 영역을 제외한 잔여적 영역에서 생계를 걱정하지 않는 사람들에게 의해 이루어기 쉬운 활동임을 시사한다. 농번기에는 일이 바빠서 건강 프로그램을 운영하기 어렵고, 비교적 시간 활용이 자유로운 농업 외의 업종에 종사하는 이들이 아니고는 사업에 참여하기 어렵다는 담당자와 주민들의 호소는 건강과 관련된 주민들의 활동의 위치를 말해준다. 건강을 위한 참여는 경제적 기회나 고용과는 무관하며 생계를 벗어나 여유시간을 낼 수 있는 이들에게 가능한 활동이다

이런 상황을 고려했을 때 앞으로 참여적 개입에서 지역 내 불평등과 그것으로 인한 참여불평등에 대해 어떠한 입장을 취할 것인지 보다 입장을 명확하게 하고, 보다 취약한 집단이 동등한 수준으로 참여할 수 있는 장치들을 검토할 필요가 있다. 빈곤과 사회경제적 불평등, 고용, 작업장 환경, 그리고 젠더는 모두 건강의 사회적 결정요인이자 참여의 결정요인이기에 사업을 통해 지역사회의 건강 수준을 향상하는 것이 목표인 경우에도 보다 취약한 집단의 참여를 촉진하고, 불평등한 관계들을 변화시키는 위한 조치가 동반되어야 한다. 권력강화 관점에서 더 취약하고 참여 자원이 없는 사람들이 배제되지 않도록 하는 것은 그 자체로 중요한 참여의 목적이다(S. B. Rifkin 1990; S. B. Rifkin, Muller, and Bichmann 1988).

마지막으로 젠더 불평등은 단순히 참여 여부나 참여의 장애물이 될 뿐만 아니라 주민들의 활동이 새로운 공간에서 젠더 구조를 재생산해내기에 기존의 젠더 불평등과 고정관념을 강화하는 데에 기여하지 않도록 주의를 기울여야 한다. 젠더포용적 관점에서 건강 개입을 설계하고, 여성의 권력강화를 지역사회 권력강화와 동등한 수준에서 목표로 놓을 필요가 있다(Harb Faramand, Ivankovich, and Holtemeyer 2017).

### 3) 정부 주도 참여적 건강개입의 제약과 가능성

*“저는 사업이 주민참여형이라는게, 좀 웃기다고 생각해요.*

주민은 자기가 필요해서 참여하는 건데,  
참여가 필요해서 해야 되는 거면, 그럼 참여만 잘 하면 되는 건가?”

- 심충면담, 연구자 2

참여형 사업 또는 접근은 건강취약지역에서 보건사업에서 지역중심성을 회복하고 공동체의 역량을 키움으로써 일괄적이고 표준화된 접근하기 어려운 지역의 필요를 해결하는 ‘건강불평등 사업’으로 제시되곤 한다(허현희 2018; 정백근 2018a). 영국과 미국 등 서구 선진 국가에서 취약계층에 대한 지역 사회 참여 접근의 불평등 완화 효과를 탐색한 체계적 문헌 고찰은 근거의 수준이 낮기는 하지만 참여 접근이 건강불평등 완화에 도움이 된다는 결과를 제시한다(Alison O’Mara-Eves et al. 2015). 지금까지 한국에서 시도하고 있는 주민참여형 건강 개입들의 효과는 아직 확실치 않고, 개선이 나타날 수 있을 만한 기간이 지나지 않았지만 학계와 정부는 참여가 불평등에 대응하는 전략이 될 수 있을 것이라고 보고 논의를 진행하고 있는 것으로 보인다.

근본적으로 참여를 통한 건강불평등의 해소는 자원, 권력, 부의 불평등을 개선하는 지역사회의 세력화와 건강이슈의 정치화를 필요로 한다. 이는 주민들의 여가 사회의 불평등에 대해 문제제기와 불평등의 완화/해소를 요청하는 집합 행동, 더 나아가 사회 운동과 정치로 나아가야 함을 의미한다. 그렇다면 정부가 기획하고 예산을 제공하는 건강증진사업은 불평등 해소를 위한 권력강화를 위한 기반이 될 수 있을까?

상대적으로 보건소 등 정부 주도성이 약한 강원도, 부산 등의 사례와 비교해 보았을 때 경상북도에서는 짧은 기간 안에 마을 조성사업이 자리잡고 확산되었다. 사업에 참여한 주민의 수도 빠르게 증가했다. 이러한 데에는 경상북도가 다른 지역에 비해 많은 금액의 예산을 사업에 투입했고, 건강새마을 조성사업이 경상북도의 고유 사업으로 인정받으면서 보건소 등 일선 관료들이 사업을 잘 하는 것이 중요하다고 생각하게 되었다는 점 등이 작동했

다. 그러나 이런 압력에는 장단점이 있었다. 실제로 일을 할 수 있는 주민리더십이 구성되지 못하면 사업 시작을 1년 넘게 미루어도 괜찮다는 지침을 주고 있는 강원도의 건강플러스 사업과 다르게 경상북도에서는 실제 주민조직화와 리더십보다 평가받아야 할 성과가 중요했다. 따라서 보건소는 연초부터 연말까지 정해진 스케줄과 매뉴얼대로 사업을 진행하고 이에 대한 서류를 작성했다. 지원단은 지역 간에 경쟁을 통해 사업에 대한 열의를 유도하며 성과를 강조하기도 했다. 이런 압력은 지역에서 실질적으로 활동할 수 있는 리더십을 발견하지 못한 일부 보건소가 건강위원회를 형식적으로 꾸리고 주민들은 이름만 올려 둔 채 보건소의 다른 관련된 활동들을 건강위원회의 활동으로 정리하게 만들었다.

정부와 협력적 관계를 유지하고자 하는 경향은 주민들이 직접 지역의 문제를 규정하고 비판적 질문을 던지기 어려운 입장에 처하도록 만들었다. 지역에 대한 건강유해시설설치 반대나 환경문제 등 갈등이 발생할 수 있는 의제들도 사업의 논의 테이블에 아예 올라오지 못하는 방식으로 배제되었다. 주거, 교통, 운동을 위한 인프라나 건조환경 등 건강의 사회적 결정요인들을 개선하기 위해 주민들이 직접 나서지 않고 정부의 자원을 동원하는 것이 일반적인 접근방법이 되었던 것도 주민의 역량강화와 조직화에 부정적인 영향을 미쳤다. 경상북도가 말하는 목표와 보건소가 말하는 목표, 지역 주민들이 말하는 목표 사이에 차이가 없고, 보건소의 실적이 곧 지역사회 실적이 되는 상황이 지속되었고, 이는 주민 스스로가 평가와 성과를 위해 자신들의 활동을 수단화하게 만들기도 했다.

반대로 경상북도의 공식적인 지지와 지원을 받아 시작한 사업은 다른 지역에 비해 지속가능성 측면에서 유리한 지점들도 가지고 있었다. 첫번째는 지속적인 예산 지원과 보건소의 관여가 보장되는 것의 이점이다. 개별 보건소 재량과 예산으로 건강플러스 사업을 실행하는 강원도에서는 권력강화된 주민들이 보건소의 실적과 주민들의 필요를 구분하고 독자적으로 활동하자 보건소가 예산과 인력 지원을 중단하겠다고 통보하는 사례들이 확인되었다.



경상북도의 경우 건강새마을 조성사업은 도의 결정에 따른 것이었으며, 따라서 보건소 직원들은 주민들의 활동을 마음대로 중단시키거나 예산을 조정할 권한을 가지고 있지 못했다. 둘째, 지역 정치인의 관심과 지지를 받고, 그를 통해 추가적인 자원을 동원할 수 있었다. 경상북도는 정치적으로 균질적인 지향을 가지고 있으며, 경상북도와 시군지자체가 일사분란하게 움직이고 이견을 내지 않는 것을 특징으로 한다. 따라서 시군지자체의 장이나 군의원들은 경상북도의 사업에 이의를 제기하지 않았고, 오히려 사업의 효용을 인식하고 이를 지지하고 확장하기 위해 노력했다. 직접 주민들을 만나 사업을 독려하고 추가적인 지원을 제공하기도 했다. 이런 상황은 지역주민들이 주체적으로 지역의 문제를 해결하기 위해 활발한 활동을 펼치는 것으로 유명한 부산 반송의 사업에서 주민조직화에 핵심적인 역할을 맡은 주민조직의 정치색을 이유로 지역 정치인들이 주민들의 활동에 관심을 보이지 않는 것과 대비되는 현상이다. 셋째, 도가 주도적으로 사업을 진행하면서 지역 내 일선 기관들의 협조를 요청하기에 용이했다. 면사무소의 직원들은 대체로 보건소와 협력할 일이 거의 없었지만 도청의 지시에 따라 사업에 협조하고 면사무소의 공간을 내어 놓기도 했다. 도의 사업으로 공적 권위를 얻은 지역의 문제를 다루는 것은 지역 내외의 자원을 동원하는 데에도 유리한 명분을 제공했다. 지역의 민간 기업은 통상적인 관례에 따라 지역 행사에 주민들이 활용할 수 있는 재정적 지원을 제공하는데, 건강위원회는 그 자원을 직접 활용할 수 있었다. 그 예로 I지역에서는 2017년 성과대회에 지역 중소기업으로부터 냉장고를 상품으로 지원받아 주민들의 참여를 독려했는데, 이 기업은 2016년 마을환경조성 당시 실외에 설치하는 운동기구를 납품한 업체였다. 열악한 거주환경에 방치되어 있는 주민의 집에 찾아가 청소와 정리를 하고 집기를 수리하는 등의 일에도 건강위원회와 새마을봉사회, 경상북도 자원봉사센터가 함께 찾아가 일손을 보태고 십시일반 돈을 모아 가전 제품을 선물했다.

사업 5년차를 맞이하는 2018년까지 경상북도는 사업지역 주민들에게 예

산과 정책 지원을 유지했다. 이는 앞서 논의한 대로 건강증진사업에서 주민들의 참여를 유인하는 가장 확실한 방법이었고, 주민들은 관료와 연구자들이 이끄는 대로 마을 활동을 키워나갔다.

주민들이 자발적으로 활동을 하지만 정부나 공공기관과 입장이 다르지 않고, 갈등이나 주체적 통제 보다는 협력을 강조하는 이런 경향이 앞으로의 지속가능성에 어떤 영향을 미칠 것인지 예측하기는 어렵다. 뚜렷하게 확인되는 것은 주민들은 재정적 지속가능성에 대한 고민을 하면서 민간보다는 공공 재원을 지원받을 수 있기를 기대하고 있다는 것이다. 재정적 지속가능성과 관련해서 이대로 도와 군에서 계속해서 예산을 지원하거나, 중앙부처 등이 공모하는 마을만들기 사업에서 예산을 구하거나, 비영리민간단체지원법을 통해 국비를 지원받는 새마을운동협의회와 자유총연맹처럼 민간 단체로 지원을 받으면 좋겠다거나, 사업을 통해 주민들의 병원이용률이 감소했을 것이라고 추정되니 공단에서 비용을 보전받고 싶다는 등의 의견이 확인되었다. 중앙 정부 외에 보건사업에 적극적으로 투자할 수 있는 민간 재원이 존재하지 않는 상황에서 주민들의 이런 인식은 지극히 타당한 것이지만, 이런 정부의존성은 어떤 이유로든 정부가 사업에 대한 예산 지원을 중단했을 때 주민참여가 지속가능할 것인지, 공적 자금 외에 대안이 있는지, 재정적으로 독립적이지 않은 주민 조직이 건강에 해로운 정부의 결정에 반대할 수 있을 것인지에 대한 질문을 던지게 한다.

마지막으로 주민들이 지역의 건강 격차를 시급해 해결해야 할 문제로 보기보다는 어쩔 수 없는 것으로 지역의 건강 격차를 바라본다면, 건강불평등의 근원적 원인으로 사회적 경제적 불평등을 문제삼고, 권력과 자원의 재분배를 통한 건강 격차 감소를 지향하는 정치화가 이루어질 가능성은 매우 낮다. 경상북도의 21018년 지방선거 공약들 중 지역의 건강 격차를 정치적 의제로 다룬 후보는 아무도 없었다. 일부 지역에서 보건의료기관 유치와 의사인력 확충에 대한 공약이 제시되었지만 이들 중 상당수가 실현가능성이 거의 없었다. 경상북도 군부지역의 정치 의제는 여전히 지역의 경제 발전과

도로, 산업단지, 테마파크 등 인프라 조성과 경제발전에 대해 집중하고 있었다(중앙선거관리위원회 2018). 이는 지역의 건강 문제가 정치화되기 어렵고, 건강위원회의 주민들이 경상북도나 군과는 다른 관점에서 지역의 건강문제를 바라보고 결핍의 이유를 비판적으로 성찰하기 시작한다고 하더라도 이런 문제를 정치적으로 풀어나가기가 매우 어려운 상황에 직면할 가능성이 높다는 것을 의미한다.

#### 4) 권력강화적 참여를 위한 조건

*“...의회 조직과 건강위원회 주민조직이 연결될 수 있게끔 하고, 그게 정치겠죠. 고것만 좀 풀어주면, 일종의 경쟁이 붙어서 작동을 하게 될 것 같아요. 대신 그 물을 누군가 만들어 줘야 해. 안 그러면 강북구처럼, 한 의원이 좌지우지해서 무협지가 되어버릴 것 같구요. 소위 보건학자가, 아닌 누구라도, 공정한 물을 만들어야 하는 거겠죠.”*

- 심충면담, 연구자 3

건강 영역에서 참여의 내재적 목적은 사람들이 건강의 다층적 결정요인에 대한 영향력을 행사하는 것으로, 권력강화적 참여의 목표는 불건강의 근본적 원인인 불평등한 권력구조를 변화시킬 수 있는 힘을 획득하는 것이다. 연구 사례를 비롯해 한국의 참여적 건강개입들은 명시적이지는 않더라도 모두 해당 지역에서 건강취약지역의 건강 수준을 향상시키고 건강불평등을 줄이는 것을 목적으로 제시하고 있다. 참여적 개입을 기획한 연구자들은 참여적 건강개입이 가장 열악한 지역에서 건강을 중심으로 주민들이 조직화되고, 이들의 활동과 권력강화가 건강 향상으로 이어지기를 기대했다. 이는 기존의 참여 기획들이 일정부분 내재적 목적의 참여-따라서 권력강화를 지향하고 있음을 의미한다.

그러나 참여의 내재적 목적이 사업에 참여하는 다수의 참여자들에게 공유

되고 있다고 보기 어려웠다. 주민들과 보건소 담당자들은 모두 사업이 건강 지표가 열악한 지역에서 건강 향상을 목적으로 한다고 생각했다. 미시적인 수준에서 지역의 열악한 건강 수준에 대한 비판적인 의식화가 이루어졌다는 증거도 발견하지 못했다. 사업의 모니터링과 평가 과정에서도 마찬가지였다. 연구자들은 참여의 도구화를 피하기 위해 건강 지표를 중심으로 사업 평가를 하지 않기로 결정했다고 말했지만 보건소와 도는 건강 행태와 건강 수준, 사회적 자본 등 측정가능한 지표를 중심으로 사업을 기술했다. 권력강화의 과정과 결과를 파악하기 위한 구체적인 목표가 설정되거나 개인과 집단 수준에서 권력강화를 측정할 수 있는 틀을 활용하는 체계적 평가도 이루어지지 않았다. 전반적으로 권력강화적 참여를 위한 지식과 경험이 부족하고, 구체적인 목표 설정이나 적절한 방법에 대한 탐색이 부족한 상황에서 참여는 계속해서 건강 향상을 위한 도구적 전략으로 환원되고 있었다. 건강불평등 해소를 위한 전략으로 참여는 권력 관계 변화와 지역사회의 정치적 세력화를 장기적 목표를 향해 배열되어야 그 의의를 찾을 수 있는 것임에도 이를 위한 지식이 부족하고, 이에 대한 지향 역시 공유되지 않고 있는 것이다.

권력강화를 목표로 한다면 참여는 건강 격차를 구조적 불평등의 결과로 정치화하고 이를 개선하기 위한 정치적 세력화로 이어져야 한다. 그러나 지금까지 주민조직화와 역량강화가 이루어진 지역에서도 건강과 관련된 문제들은 정치화의 가능성이 낮은 이슈로 남아있는 것으로 보인다. 건강이 정치적이지 않고, 규범적인 이슈여서 정치적 지향과 무관하게 주민들의 협력을 이끌어 내기에 용이한 소재였다는 연구자 8의 이야기는 건강이 정치화되지 못한 상태로 남아있음을 의미하는 것이기도 하다.

참여적 건강개입이 이루어지는 지역들을 포함해 한국에서 건강은 기술적이고 도구적인 하위 정치의 영역을 벗어나지 못하고 있다. 인구집단의 불건강이 불평등한 권력 구조의 결과로 인식되지 않는 상황에서 건강은 계속해서 개인의 선택과 역량, 운명에 대한 것으로 개인화된다. 사례의 주민들은 빈곤과 사회적 고립으로 인한 우울감과 억압적인 젠더 위계로 인한 스트레

스를 호소했지만 이를 개선하기 위한 근본적 대책인 권력 관계의 변화를 지향하는 방향으로 나아가지 못하고 힐링과 레크리에이션을 해결책으로 삼았다. 건강의 사회적 결정요인에 대한 지식은 지역 내에서 개입 가능한 건강 환경에 대한 것으로 축소, 탈정치화 되고 있었다.

정부와 지역사회의 협력을 통해 사회의 문제를 스스로 해결해내는 주체만 들기의 기획이었던 새마을운동에 대한 기억도 주민들의 권력강화를 특정한 방식으로 제한했다. 민간 기업의 이해관계와 관련이 있는 환경 오염, 환경 파괴나 건강 위해 위험이 있는 정부 정책은 ‘정치적으로 민감한’ 이슈이기 때문에 건강위원회에서 다루어지지 않았다. 주민들의 실천은 경상북도가 바라는 건강취약지역의 건강 개선율을 목표로 하는 것이었기에 지역 전체의 성과로 공표되고 인정받았다. 주민대표들은 사업을 기획한 지방자치단체와 같은 입장에서 갈등이나 저항을 위한 정치 대신 협력과 통치를 통해 문제를 해결해야 한다고 생각했다.

이런 한계에도 불구하고 지역의 건강 문제를 중심으로 구성된 참여의 공간은 지역의 변화를 촉발할 기회를 제공하고 있었다. 사업에서 위임한 권력과 자원을 토대로 협력적 관계가 축적되고, 자신들의 실천에 대한 효능감을 느끼면서 주민들은 자신들이 할 수 있는 일들의 범위를 확장할 수 있었다. 이는 미시적인 활동에서 시작하는 것이지만 주민들은 이런 계기와 공간에서 시작해 지역사회를 변화시킬 수 있는 권력을 키워나갈 수 있다. 이런 가능성을 보여주는 사건들도 다양하게 발견되었다. 주민들이 스스로 필요에 의해 나서자 문제 해결을 위한 자원도 다양한 방식으로 동원되었다. 보건소와 면사무소가 공간을 마련하고 예산을 제공하고, 지방의회의 의원 등 지역 정치인들이 건강위원회의 요구를 해결하기 위해 나섰다. 지역 내 민간조직들도 건강위원회의 활동을 지원했다.

이는 주민들에 의해 지역 내에서 건강을 중심으로 하는 정책(Health in All Policy, HiAP)이 제한적인 범위에서 실현되고 있고, 앞으로 이런 접근이 확장될 가능성을 가지고 있음을 의미한다. 이렇게 보았을 때 건강 영역에서

권력강화적 참여는 주민들이 요구하는 일상적 필요를 중심으로 다부문 협력 또는 부문간 협력을 이끌어내는 상향식 접근이 될 수 있다. 이해당사자들이 동의할 수 있는 구체적인 목표를 위해 부문과 조직을 넘는 협력을 통해 문제를 해결하고 자원을 동원하는 건강 공공 정책(healthy public policy)을 주민들의 일상이 이루어지는 가장 밀접한 단위의 행정 영역에서부터 시작하는 데에 참여적 건강 개입이 변화의 시작점이 될 수 있을지 모른다.

지역사회의 집합적 권력강화는 건강을 위한 활동들에 대한 지역사회 옹호, 사회자본 축적, 민간 협력과 자원 동원, 부문 간 협력 강화, 주민들의 필요에 대한 정치적 책무 향상을 통해 드러난다. 이는 참여가 초대된 공간에서 위임받은 권력으로 시작되었지만 주민들의 권력강화가 기존의 참여 공간을 변형, 확장할 수 있음을 의미한다. 처음에는 각 마을 이장들의 모임에서 부분적으로 시작한 건강 위원회가 논의가 차츰 진전되면서 이를 위한 별도의 시간과 공간을 마련하고, 정기적으로 열리는 건강위원회 회의에 기초의 회 의원과 지역 내 공공·민간 조직의 장이 정기적으로 참석하게 되는 과정은 주민들이 새로운 참여의 공간을 생성하고 있음을 보여준다. 이렇게 축적된 주민들의 힘은 발현적으로 확인되며, 가시적인 갈등이나 지역의 건강 위기와 같은 사건을 만났을 때에 확인될 수 있다. 그러나 현재로서 주민들이 생성한 참여 공간은 지방자치단체의 사업 목표에 의해 조율되고 보건소의 사업들이 제시하는 목표를 중심으로 구성되어 있다.

지식과 경험이 부족한 상황 속에서 건강 영역에서 참여가 건강 이슈의 정치화와 지역의 정치적 세력화를 통해 건강불평등을 해소하기 위한 권력강화의 과정으로 연결되기 위해서는 제도적 설계가 중요하다. 주민들이 일궈 낸 참여의 공간을 확장하고, 이들의 활동을 건강에 영향을 미치는 더 넓은 영역의 공적 의사결정에 대한 참여로 연결하기 위한 제도적 장치들이 권력강화에 중요한 역할을 할 수 있다.

첫째, 건강위원회에서 역량을 쌓은 주민들이 지역의 미시적 의사결정을 넘어서 좀 더 거시적인 의사결정에 개입할 수 있는 공식 통로가 필요하다.

건강과 관련된 시민적 거버넌스가 발달하지 못한 상황에서 주민들이 건강과 관련된 공적 의사결정과정에 개입할 수 있는 공간은 많지 않다. 현재 제도 내에서 가장 가능성이 있어 보이는 것은 광역 및 기초지자체가 4년 주기로 수립하는 지역 보건의료계획이다. 제7기 지역보건의료계획 수립 안내(보건복지부 & 한국 건강증진개발원, 2018; 3-11)에서는 지역보건의료계획 수립 과정에 지역의 수요를 적절하게 반영하고 실현 가능한 방안을 모색하기 위해 지역의 이해당사자와 주민들이 참여를 강조한다. 주민 참여는 지역보건의료계획 평가의 한 요소이며 계획과 실행계획을 심의하는 지역보건의료계획심의위원회에도 주민 대표가 참여할 수 있게끔 하고 있다. 그러나 지금까지 이에 대한 주민 참여는 형식적인 수준에 머무르고 있으며, 지역보건의료계획수립에 실질적인 영향력을 행사할 수 있을 만큼 주민들이 권력강화된 기회가 주어지지 못하고 있다(장명화 2014; 정백근 2018a). 지역의 건강 문제를 다루며 권력강화된 주민들은 또 다른 참여의 공간인 지역보건의료계획에 참여함으로써 더 넓은 관계를 형성하고 지역 보건의료와 관련된 지식을 습득함으로써 새로운 권력강화의 기회를 얻을 수 있다.

둘째, 권력강화된 주민들의 참여가 영향력을 행사할 수 있도록 실질적 권한이 부여되어야 한다. 사업에서 주민들은 건강새마을 조성사업을 위해 편성된 추가 예산이나, 주민들이 외부에서 동원한 자원에 대한 제한적 통제를 행사했다. 여기에 그치지 않고 주민들의 권력강화를 위해 더 많은 통제적 권력을 위임할 수는 없을지에 대한 질문이 필요하다.

관련해서 건강 영역에서 권력강화적 참여를 통해 시민들이 직접 건강 서비스의 생산을 공동으로 조직하고 통제하는 브라질의 사례를 참고할 수 있다. 브라질은 민중건강평의회(People's health council)를 통해 브라질의 전국민 건강보장제도(Sistema Único de Saúde, SUS)에 대한 시민참여를 제도화하고 있다. 브라질의 건강보험법은 보건의료와 관련된 의사결정을 관료와 권력자들에 전적으로 위임할 수 없음을 명시하면서 사회적 감시(social oversight)를 강조한다(Vera Schattan Pereira Coelho 2013). 이를 위해 브라

질에서는 개별 지방정부 단위(주-State, 지방-Municipality)마다 민중건강평의회를 구성하고 이들에게 지역건강계획과 예산에 대한 거부권(veto power)을 부여한다<sup>23</sup>. 민중건강평의회에서 주민들은 건강과 관련된 실질적 의사결정 권한을 행사하고 토의와 문제해결과정에 참여한다. 주민의 관점에서 해결해야 할 문제를 설정하고, 이를 해결하기 위해 지역당국의 설명과 협조를 요구한다. 평의회는 토의와 숙의를 통해 서로를 설득하고 협상하는 공론장이다. 평의회 회의는 공개적으로 진행되고 회의에서 논의할 내용들을 홍보, 게시한다. 민중건강평의회 의원이 아닌 일반 주민들도 회의에 참여하여 의견을 개진할 수 있다. 지역에 따라 차이가 있지만 브라질 민중건강평의회는 지방정부의 건강 정책과 예산에 대한 권한을 행사하며 지역에서 제공되는 공공보건서비스를 모니터링하고 주민들의 민원을 취합해 의제를 제기하며 문제 해결을 위한 자체 방침을 발의, 추진하는 등 적극적인 활동을 할 수 있는 공간으로 알려져 있다(Kohler and Martinez 2015).

진보적 민중정당이 집권에 성공하면서 건강, 과학, 교육 등 삶의 밀접한 영역에 대한 사회 권력 강화를 위한 참여 민주주의적 제도를 도입한 브라질과 한국의 상황은 매우 다르다. 국가 예산으로 무상 공공보건의료체계를 설립하고 이에 대한 사회적 통제 기제로 민중건강평의회를 구축한 브라질과 달리 한국의 보건의료체계는 민영화되어 있으며, 이에 대한 공공의 통제는 중앙집권적이다. 그럼에도 불구하고 브라질의 사례는 건강과 관련된 공적

---

<sup>23</sup> 연방정부 법률에 따라 브라질 전역(26개 주 5,656개 지역)에 5,500여개의 민중건강평의회가 운영되고 있다. 민중건강평의회는 취약 집단을 대표하는 위원을 포함할 의무가 있으며, 주민 50%, 공공보건의료인력 25%, 지방정부 대표 및 민간제공자 25%로 구성되는 것이 일반적이다. 지역보건의료예산의 약 60%에 달하는 중앙교부금 지급을 위해 이들의 의결이 필요하다. 민중건강평의회에 대한 보다 상세한 논의는 Cornwall, A., & Coelho, V. S., 2007. *Spaces for change?: the politics of citizen participation in new democratic arenas* (Vol. 4). London: Zed Books. 와 Cornwall A. 2008. "Deliberating Democracy: Scenes from a Brazilian Municipal Health Council." *Politics & Society* 36(4):508-31. 참고.



권한을 주민들에게 부여했을 때, 이를 중심으로 건강에 대한 공적 통제를 행사하는 시민들의 권력강화가 이루어질 수 있음을 보여준다는 점에서 의미가 있다. 민중건강평의회에 시민 대표로 참여하기 위해서는 지역 내 시민사회단체의 대표로 등록하고 시민사회 단체들 사이의 선거를 통해 선출되어야 한다. 제도가 도입된 이후 각 지역에서는 건강과 관련된 시민사회조직이 대폭 늘어났다. 노동조합이나 페미니스트 단체, 보건의료인단체 등 이미 있던 조직에서 건강과 관련된 의제를 보다 적극적으로 다루고, 평의회 참여를 염두에 둔 활동들을 기획했다. 이렇게 민중건강평의회에 참여하는 시민 대표는 보건의료 전문가나 정치적 엘리트라고 보기 어려운 사회경제적 지위를 가지고 있는 이들이 다수 포함되어 있었으며, 민중건강평의회는 시민들이 건강과 관련된 사회적 통제를 행사하기 위해 역량을 키우고 경험을 축적하는 민주주의의 학습장의 역할을 담당하고 있다(V. S. R. P. Coelho and Waisbich 2016; Cornwall 2008).

건강 영역에서 주민들의 권력강화를 촉발하기 위해서는 실질적인 참여와 영향력을 행사할 수 있는 공적 권한이 주민들에게 주어져야 한다. 기초지방자치단체 단위에서 공공보건의료나 건강과 관련된 재정의 일부를 주민들이 직접 심의·예결할 수 있는 권한이나 지역보건의료계획과 시행계획 수립과 관련해 단지 참여가 아닌 통제를 행사할 수 있게 하는 권한을 부여할 수 있는 방안을 고려해야 한다. 연구 사례에서 주민들이 위임받은 통제적 권력은 건강증진활동을 선택하고 사업 관련 예산에 대한 것으로 미미한 수준이었음에도 이는 지역에서 주민들이 건강과 관련된 통제력 향상과 효능감을 느낄 수 있는 기회를 제공했다. 주민들이 건강과 관련된 공적 의사결정에 대한 통제를 행사할 수 있도록 실질적인 권력 부여하는 것은 의료접근성과 돌봄 같이 보다 복잡하고 오랫동안 해결되지 않았던 지역의 건강 문제들에 대해 주민들이 개입할 수 있는 기회를 제공하고, 참여 공간을 넓혀 나갈 수 있는 기반을 마련해 줄 것이다.

셋째, 권력강화된 주민들의 건강을 위한 활동이 다부문협력과 건강 공공

정책으로 나아갈 수 있도록 참여적 건강 개입의 방식을 조정하고 이를 적극적으로 지원해야 한다. 비교적 동질적이고 규모가 작은 사례의 사업지역에서 주민들이 주도하는 건강증진활동은 지역의 다양한 행위자들의 협력을 이끌어낼 수 있었다. 지역의 열악한 건강 환경과 고령화, 인구 감소로 인한 위기감은 지역 전체의 삶을 개선하기 위한 노력에 규범적 당위성을 부여했으며 이는 부문 간 협력과 자원 동원을 가능하게 해 주었다. 향후 사업에서는 권력강화적 참여가 다부문협력을 촉진할 수 있도록 해야 한다. 이를 위해서는 사업이 설정하는 ‘건강 영역’의 범위를 넓히고, 다양한 행위자가 협력해서 해결할 수 있는 문제들을 다룰 수 있도록 사업의 기획과 평가 방식을 조정할 필요가 있다. 보건소는 주민들의 활동을 전통적 건강증진 영역에 제한하게 만드는 기존의 자원 제공과 평가에서 벗어나 주민들의 필요에 부응하는 더 넓은 범위의 지식(건강한 노화와 노령친화환경에 대한 지식, 협동조합 설립과 제도적 지원에 대한 지식, 근골격계에 부담을 덜 수 있는 농작업환경과 안전에 대한 지식 등)을 제공하고, 주민들의 권력강화를 지원하기 위해 새로운 역할(옹호, 정책 개발, 네트워킹 등)을 맡아야 한다. 주민들과 함께 문제를 개선할 수 있는 해결방법을 모색하는 한편 주민들의 필요를 충족하기 위해 협력할 수 있는 지역의 자원을 탐색하고 연결하는 역할을 맡아야 한다.

## 5) 방법론적 고찰: 실재론적 관점의 사례 연구

이 연구는 건강증진사업에서 참여가 공적 의사결정에 대한 영향력을 행사하기 위한 권력과 긴밀하게 연관이 되는 실천으로, 참여의 과정을 다층적 구조 속에서 복수의 행위자가 형성하는 사회적 관계 속에서 파악하고 설명하기 위해 비판적 실재론의 관점에서 논의를 전개했다. 비판적 실재론은 경험적 수준에서 나타나는 사건을 설명하기 위해서는 그 사건의 발현을 야기하는 기제(mechanism)의 작용을 전제해야 하며, 현실에서 관찰, 경험되는

사건들은 인과적 힘이 활성화될 때에 나타나는 것이라고 설명한다(김선희 2012).

권력강화적 참여가 주민들의 주체적 행위성과 성찰성을 통해 지역사회 주민들이 권력을 획득하는 과정이라고 개념화하는 이 연구는 실재론의 지식의 객체, 즉 사례에서 관찰하고자 하는 주민참여 과정에 대한 지식이 총화되어 있다는 비판적 실재론의 존재론적 주장을 따른다. 이는 주민들이 전해주는 경험과 실제로 벌어진 사건, 그런 사건들이 발생하게끔 만드는 기제가 각각 경험적 영역과 현실적 영역, 실재적 영역과 조응하며, 사회과학적 탐구에서 중요한 것은 어떤 사건-여기에서는 지역사회의 권력강화-이 발생하는 인과적 기제를 규명하고 이를 토대로 사회 현상을 설명하는 것이라고 보는 실재론의 관점을 택하는 것이기도 하다(이기홍 2014).

연구에서는 이런 입장에서 사례의 주민참여를 살펴보았다. 따라서 연구는 자료에서 파악할 수 있는 주민들의 경험들은 경험적 영역에, 조직과 리더십, 오퍼십, 자원 동원, 외부 주체의 역할 등 참여의 과정 지표로 활용한 개념들은 현실적 영역에, 통제적 권력과 합의적 권력, 실현적 권력과 내면적 권력의 획득을 실제 영역에 있는 것으로, 따라서 이들의 관계가 병렬적이기 보다는 수직적인 것으로 이를 개념화했다. 개방체계에서 다수의 힘들이 작동하고, 특정한 사건의 발생에는 우연적 조건들이 작동한다는 실재론적 인과관(채오병 2007) 새마을 운동의 기억이나 지역의 쇠락, 지역의 보수성과 같은 맥락을 고려하였을 때 정부 주도 참여적 건강개입에서 권력강화가 일어나는 상호적 과정을 설명하는 데에 적합한 관점이자 입장이다.

실재론적 입장은 주민참여의 과정에서 ‘권력관계 변화’가 실재하고 경험과 사건들을 통해 이를 가추할 수 있다는 점에서 경험, 사건, 기제를 같은 층위로 압축하고 발현적 인과관계 대신 경험적 규칙성을 인과의 지표로 삼는 실증주의적 관점이나 일반화가능성과 인과적 필연 그 자체에 의문을 표하는 구성주의적 관점과 다르다. 실재론적 관점은 단일 사례연구에서 도출한 결과를 이론적으로 일반화하고, 지역사회의 권력강화가 우연한 조건과 또다른

기제들의 영향을 받는 개방체계 내에서 벌어지는 사건임을 이해하는 데에 적합한 철학적 기반을 제공해 준다(Easton 2010).

## 2. 연구의 기여와 한계

이 연구는 건강증진사업에서 주민들의 참여가 권력강화적인지, 그에 영향을 미치는 맥락은 무엇인지에 대한 질문을 가지고 경상북도 지역의 보건사업 현장을 조사하고 이를 권력강화의 관점에서 정리한 결과로 다음과 같은 기여를 할 수 있을 것이라고 생각된다.

첫째, 연구는 참여를 그 내재적 목표인 권력강화를 중심으로 개념화하고, 중간의과정이 상세하게 서술되지 못하고 블랙박스처리되는 참여의 과정을 상세히 살펴보았다. 지방자치단체의 보건사업에서 지역중심으로 주민 참여를 촉진하고자하는 과정을 관찰하고 이에 대한 두꺼운 기술을 통해 실제 참여의 현장에서 벌어지는 사건과 변화를 기록했다. 참여형 건강개입에 대한 두꺼운 기술은 막연하고 모호하게 논의되던 참여가 현장에서 어떤 방식으로 전개되고 지역에 어떤 영향을 미치는지 상상하고 이해하는 데에 기여할 수 있다.

둘째, 연구는 권력강화의 지표로 지역사회 필요사정, 비판적 질문, 조직과 리더십, 관리/오너십, 자원 동원, 외부 주체의 역할, 주민 통제력 강화로 인한 갈등과 협상을 중심으로 사례를 기술하고 권력 관계 변화에 초점을 맞춰 권력강화의 과정을 개념화했다. 정부에 의해 초대된 공간에서 주민들은 위임받은 권력을 중심으로 협력적 권력과 내면적 권력, 실현적 권력을 얻을 수 있었다. 이렇게 축적된 지역사회의 힘은 새로운 참여 공간과 주민들이 발견한 지역의 문제를 해결할 수 있는 통제적 권력 확보로 이어질 수 있다. 참여 과정에 대한 권력관점의 재구성은 향후 권력강화적 참여를 설명하고 논의하는 데에 개념적 틀로 활용될 수 있을 것이다.

셋째, 연구에서는 사례에서 관찰한 주민참여 과정을 참여가 논의되던 기

존의 논의들 속에 맥락화하여 해석하고 이로부터 정책적 함의를 도출했다. 이는 건강불평등 완화를 위한 전략으로 참여와 권력강화가 유효하게 작동하기 위해 필요한 조건들을 파악하기 위함이다. 앞으로 참여적 건강개입은 주민들의 필요를 온전히 수용하지 못하는 건강과 건강증진 개념을 재구성하고, 젠더를 비롯해 지역 내 권력구조를 고려하며, 홀로 책임지는 주체의 임파워가 아닌 건강에 대한 사회적 통제 강화로 나아가기 위한 건강의 정치화의 기획이 되어야 한다.

연구는 아래와 같은 한계들을 가지고 있으며, 향후 과제는 다음과 같다.

첫째, 연구는 참여관찰과 면담을 중심으로 사례의 주민참여를 파악했다. 주민들에게 연구자는 외부에서 사업을 ‘평가’하기 위해 진입한 외부인으로, 사업의 성과를 보여주어야 하는 손님이었다. 외부인의 방문이 흔치 않고, 연구자가 경상북도와의 계약을 통해 지역 주민들에게 접촉하는 것임을 모두가 알고 있는 상황에서 주민들은 가능한 긍정적인 모습을 보여주기 위해 애썼다. 이러한 상황은 연구자가 사례의 주민참여 과정에서 갈등이나 문제가 되는 지점들을 포착하는 데에 일정한 한계를 부과했다. 충분한 라포를 쌓은 몇 명의 인터뷰이를 제외하면 연구참여자들은 주민참여 과정에서 발생한 갈등과 분열을 솔직하게 드러내지 않았다. 향후 주민참여형 건강증진사업이 진행되는 과정에서 CBPR 같이 연구자와 주민들 사이의 관계가 평등하고 상호작용이 많은 연구설계를 통해 권력강화적 참여의 과정에서 발생할 수 있는 갈등과 분열을 탐색할 필요가 있을 것으로 보인다.

둘째, 건강증진활동이나 건강위원회의 활동 같이 지역 내에서 이루어진 주민참여를 다양한 관점에서 조사할 수 있었던 것에 비해 보다 상위 수준의 참여에 대한 정보를 충분히 수집하지 못했다. 정책 차원의 권력강화 여부를 확인하고 그 과정을 포착하기 위해서는 지역의 건강 정책과 공적 자원배분에 조직화된 주민들이 어떤 영향을 미치는지, 구체적으로 주민들의 영향력이 기초자치단체와 기초의회에서 어떻게 작동하는지에 대해 파악할 필요가 있다. 그러나 정책결정자와의 면담이 불가능하였고, 이를 간접적으로 살펴볼

수 있는 2차 자료원(지방선거 공약, 보도자료, 기초의회 회의록 등)에서는 사업과 관련된 유의미한 언급을 거의 찾을 수 없었다. 물론 경상북도의 사업임에도 불구하고 이를 포착할 수 없다는 ‘부재’는 사업이 정치적으로 이슈가 되지 않고 있으며 지역의 정책결정자들에게 그리 중요한 사안이 되지 못했음을 시사하는 하나의 현상이다. 그러나 주민참여적 건강 개입이 정치적으로 어떤 위치에 있고, 이에 대한 정치적 지도자들의 인식과 관심이 어떻게 형성되어 있으며, 이것이 어떻게 변화하는지를 파악하기 위해 상위 수준의 정책결정자들을 면담하고 관련된 행정적, 제도적, 정치적 맥락들을 파악할 필요가 있다.

셋째, 이 연구는 경상북도 건강새마을 조성사업에 대한 단일사례연구로 사업이 실행된 20여개 지역에서 있었던 사건들을 종합하여 권력 관점에서 재구성하고, 이를 토대로 권력강화의 과정을 개념화했다. 연구는 사업이 실행된 전체 지역에서 참여 과정을 파악하지 못했으며, 주로 주민들의 권력강화를 기대할 수 있을 것으로 예상되는 지역을 중심으로 자료를 수집했다. 즉, 이 연구는 주민들의 건강증진활동과 건강위원회, 건강위원회 협의회를 참여의 층위로, 개별 사업 지역을 하위 단위로 설정한 단일사례연구이다. 다른 지역의 참여적 건강개입 사례들에 대한 조사와 문헌검토를 하고 이를 이론적 배경에 포함시켰으나 사례에서 도출한 권력강화적 참여의 과정에 대한 개념들이 일반화가능한지에 대한 검토를 할 수 없었다. 향후 다른 지역이나 다른 맥락의 참여적 건강개입을 연구에서 제시한 권력강화적 참여의 지표와 개념들을 활용하여 설명할 수 있을지에 대한 후속 연구가 필요하다.

넷째, 연구에서는 지역 주민들의 발화와 행동, 관련 자료들을 권력강화의 관점에서 재구성하고 이를 해석했다. 이는 사업을 직접 겪고 있는 당사자들이 생각하는 참여의 결과와 연구자가 이해하는 참여의 결과가 서로 다를 수 있고, 권력강화에 대한 관점과 입장도 다를 수 있음을 의미한다.

## VI. 참고문헌

- Andrews, Gary R. 2001. "Care of Older People: Promoting Health and Function in an Ageing Population." *BMJ: British Medical Journal* 322 (7288). BMJ Publishing Group: 728.
- Arendt, Hannah. 2000. "The Public and the Private Realm." *The Portable Hannah Arendt*. Penguin Putnam New York, 182 – 230.
- Art, B, L De Roo, and J De Maeseneer. 2007. "Towards Unity for Health Utilising Community–Oriented Primary Care in Education and Practice." *Education for Health* 20 (2). Medknow Publications: 74.
- Ayo, Nike. 2012. "Understanding Health Promotion in a Neoliberal Climate and the Making of Health Conscious Citizens." *Critical Public Health* 22 (1): 99 – 105. doi:10.1080/09581596.2010.520692.
- Baatiema, Leonard, Morten Skovdal, Susan Rifkin, and Catherine Campbell. 2013. "Assessing Participation in a Community–Based Health Planning and Services Programme in Ghana." *BMC Health Services Research* 13 (1). BioMed Central: 233.
- Baiocchi, G., P. Heller, and M. K. Silva. 2008. "Making Space for Civil Society: Institutional Reforms and Local Democracy in Brazil." *Social Forces* 86 (3): 911 – 36. doi:10.1353/sof.0.0015.
- Bambra, Clare, Debbie Fox, and Alex Scott–Samuel. 2005. "Towards a Politics of Health." *Health Promotion International* 20 (2): 187 – 93. doi:10.1093/heapro/dah608.
- Baum, Frances. 2007. "Health for All Now! Reviving the Spirit of Alma Ata in the Twenty–First Century: An Introduction to the Alma Ata Declaration." *Social Medicine* 2 (1): 34 – 41.
- . 2016. *The New Public Health*. Oxford University Press.
- Bell, Kirsten, and Judith Green. 2016. "On the Perils of Invoking Neoliberalism in Public Health Critique." *Critical Public Health* 26 (3). Taylor & Francis: 239 – 43. doi:10.1080/09581596.2016.1144872.
- Berger, Bruce K. 2005. "Power Over, Power With, and Power to Relations: Critical Reflections on Public Relations, the Dominant Coalition, and Activism." *Journal of Public Relations Research* 17 (1): 5 – 28. doi:10.1207/s1532754xjpr1701.

Berner, Erhard, and Benedict Phillips. 2005. "Left to Their Own Devices? Community Self-Help between Alternative Development and Neo-Liberalism." *Community Development Journal* 40 (1). Oxford University Press: 17 – 29.

Birk, Rasmus Hoffmann. 2017. "Making Responsible Residents: On 'Responsibilization' within Local Community Work in Marginalized Residential Areas in Denmark." *The Sociological Review*, 003802611773814. doi:10.1177/0038026117738148.

Blacksher, Erika. 2013. "Participatory and Deliberative Practices in Health: Meanings, Distinctions, and Implications for Health Equity." *Journal of Public Deliberation* 9 (1). Institute for Civic Discourse and Democracy.

Braithwaite, Ronald L, Henrie M Treadwell, Marguerite J Ro, and Kisha Braithwaite. 2006. "Community Voices: Health Care for the Underserved." *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 17 (1). Johns Hopkins University Press: v – xi.

Brock, Karen, and Rosemary McGee. 2012. *Knowing Poverty. Critical Reflections on Participatory Research and Policy*.

Cacari-Stone, Lisa, Nina Wallerstein, Analilia P. Garcia, and Meredith Minkler. 2014. "The Promise of Community-Based Participatory Research for Health Equity: A Conceptual Model for Bridging Evidence with Policy." *American Journal of Public Health*. doi:10.2105/AJPH.2014.301961.

Campbell, Catherine, and Sandra Jovchelovitch. 2000. "Health, Community and Development: Towards a Social Psychology of Participation." *Journal of Community & Applied Social Psychology* 10 (4). Wiley Online Library: 255 – 70.

Carman, Kristin L., Coretta Mallery, Maureen Maurer, Grace Wang, Steve Garfinkel, Manshu Yang, Dierdre Gilmore, et al. 2015. "Effectiveness of Public Deliberation Methods for Gathering Input on Issues in Healthcare: Results from a Randomized Trial." *Social Science and Medicine* 133: 11 – 20. doi:10.1016/j.socscimed.2015.03.024.

Carter, Eric D. 2015. "Making the Blue Zones: Neoliberalism and Nudges in Public Health Promotion." *Social Science and Medicine* 133. Elsevier Ltd: 374 – 82. doi:10.1016/j.socscimed.2015.01.019.



Chessie, Kelly. 2009. "Health System Regionalization in Canada's Provincial and Territorial Health Systems: Do Citizen Governance Boards Represent, Engage, and Empower?" *International Journal of Health Services*. doi:10.2190/HS.39.4.g.

Coelho, Vera Schattan P., Marcelo F. Dias, and Fabiola Fanti. 2010. "Fighting Inequalities in the Access to Health Services: A Study of the Role of Decentralization and Participation." *Centro de Estudos Da Metropole*, 1 – 32. <http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/678>.

Coelho, Vera Schattan Pereira. 2013. "What Did We Learn about Citizen Involvement in the Health Policy Process: Lessons from Brazil." *Journal of Public Deliberation* 9 (1): Article 9.

Coelho, Vera Schattan Ruas Pereira, and Laura Waisbich. 2016. "Participatory Mechanisms and Inequality Reduction: Searching for Plausible Relations." *Journal of Public Deliberation* 12 (2): Article 13.

Contandriopoulos, Damien. 2004. "A Sociological Perspective on Public Participation in Health Care." *Social Science & Medicine* 58: 321 – 30. doi:10.1016/S0277-9536(03)00164-3.

Cooke, Bill, and Uma Kothari. 2001. *Participation: The New Tyranny?* Zed books.

Cornwall, Andrea. 2002. "Making Space, Changing Places: Situating Participation in Development." 170. IDS Working Paper. Brighton.

———. 2004. "Spaces for Transformation? Reflections on Issues of Power and Difference in Participation in Development." *Participation: From Tyranny to Transformation*. Zed Books: London, 75 – 91.

———. 2008. "Deliberating Democracy: Scenes from a Brazilian Municipal Health Council." *Politics & Society* 36 (4): 508 – 31. doi:10.1177/0032329208324718.

Cornwall, Andrea, and Karen Brock. 2005. "What Do Buzzwords Do for Development Policy? A Critical Look at 'Participation', 'Empowerment' and 'Poverty Reduction.'" *Third World Quarterly* 26 (7). Taylor & Francis: 1043 – 60.

Cornwall, Andrea, and Vera Schatten Coelho. 2007. *Spaces for Change?: The Politics of Citizen Participation in New Democratic Arenas*. Vol. 4. Zed Books.

Dahl, Robert A. 1957. "The Concept of Power." *Systems Research*

*and Behavioral Science* 2 (3). Wiley Online Library: 201 – 15.

Daniels, Norman. 2000. "Accountability for Reasonableness: Establishing a Fair Process for Priority Setting Is Easier than Agreeing on Principles." *BMJ: British Medical Journal* 321 (7272). BMJ Publishing Group: 1300.

Daniels, Norman, and James E Sabin. 2008. "Accountability for Reasonableness: An Update." *BMJ: British Medical Journal (Online)* 337. BMJ Publishing Group LTD.

Davies, Celia, Margie Wetherell, and Elizabeth Barnett. 2006. *Citizens at the Centre: Deliberative Participation in Healthcare Decisions*. Bristol: The Poliiy Press. doi:10.1111/j.1467-9566.2007.01039\_1.x.

Degeling, Chris, Stacy M. Carter, and Lucie Rychetnik. 2015. "Which Public and Why Deliberate? – A Scoping Review of Public Deliberation in Public Health and Health Policy Research." *Social Science & Medicine* 131. Elsevier Ltd: 114 – 21. doi:10.1016/j.socscimed.2015.03.009.

Degeling, Chris, Lucie Rychetnik, Jackie Street, Rae Thomas, and Stacy M. Carter. 2017. "Influencing Health Policy through Public Deliberation: Lessons Learned from Two Decades of Citizens'/Community Juries." *Social Science & Medicine*. Elsevier Ltd. doi:10.1016/j.socscimed.2017.03.003.

Draper, Alizon Katharine, Gillian Hewitt, and Susan Rifkin. 2010. "Chasing the Dragon: Developing Indicators for the Assessment of Community Participation in Health Programmes." *Social Science and Medicine* 71 (6). Elsevier Ltd: 1102 – 9. doi:10.1016/j.socscimed.2010.05.016.

Easton, Geoff. 2010. "Critical Realism in Case Study Research." *Industrial Marketing Management* 39 (1). Elsevier Inc.: 118 – 28. doi:10.1016/j.indmarman.2008.06.004.

Edelman, Murray. 1977. "The Language of Participation and the Language of Resistance." *Human Communication Research* 3 (2). Wiley Online Library: 159 – 70.

Ericson, Richard, Dean Barry, and Aaron Doyle. 2000. "The Moral Hazards of Neo-Liberalism: Lessons from the Private Insurance

Industry.” *Economy and Society* 29 (4). Taylor & Francis: 532 – 58.

Evans, D., P. Pilkington, and M. McEachran. 2010. “Rhetoric or Reality? A Systematic Review of the Impact of Participatory Approaches by UK Public Health Units on Health and Social Outcomes.” *Journal of Public Health* 32 (3): 418 – 26.  
doi:10.1093/pubmed/fdq014.

Fals-Borda, Orlando, and Muhammad Anisur Rahman. 1991. *Action and Knowledge: Breaking the Monopoly with Participatory Action-Research*. Apex Press New York.

Friedman, Alex. 2008. “Beyond Accountability for Reasonableness.” *Bioethics* 22 (2): 101 – 12. doi:10.1111/j.1467-8519.2007.00605.x.

Gaventa, John. 1982. *Power and Powerlessness: Quiescence and Rebellion in an Appalachian Valley*. University of Illinois Press.

Gaventa, John, and Andrea Cornwall. 2006. “Challenging the Boundaries of the Possible: Participation, Knowledge and Power.” *IDS Bulletin* 37 (6). Wiley Online Library: 122 – 28.

———. 2008. *Power and Knowledge*. Vol. 2. Sage. London, England.

Geiger, H Jack. 2002. “Community-Oriented Primary Care: A Path to Community Development.” *American Journal of Public Health* 92 (11). American Public Health Association: 1713 – 16.

George, Asha S., Vrinda Mehra, Kerry Scott, and Veena Sriram. 2015. “Community Participation in Health Systems Research: A Systematic Review Assessing the State of Research, the Nature of Interventions Involved and the Features of Engagement with Communities.” *PLoS ONE* 10 (10): 1 – 25.  
doi:10.1371/journal.pone.0141091.

Gerring, John. 2006. *Case Study Research: Principles and Practices*. Cambridge university press.

Gibbons, Michael C., Samantha L. Illangasekare, Earnest Smith, and Joan Kub. 2016. “A Community Health Initiative: Evaluation and Early Lessons Learned.” *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*. doi:10.1353/cpr.2016.0011.

Gilmore, Brynne, and Eilish McAuliffe. 2013. “Effectiveness of Community Health Workers Delivering Preventive Interventions for Maternal and Child Health in Low-and Middle-Income Countries: A

Systematic Review.” *BMC Public Health* 13 (1). BioMed Central: 847.

Goodin, Robert E, and John S Dryzek. 2006. “Deliberative Impacts: The Macro–Political Uptake of Mini–Publics.” *Politics & Society* 34 (2): 219 – 44. doi:10.1177/0032329206288152.

Harb Faramand, T., M. Ivankovich, and J. Holtemeyer. 2017. “A Guide to Integrating Gender in Improvement.” Chevy Chase MD. [https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/assist\\_gender\\_integration\\_guide\\_final\\_aug2017.pdf](https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/assist_gender_integration_guide_final_aug2017.pdf).

Hastings, Annette, and Peter Matthews. 2015. “Bourdieu and the Big Society: Empowering the Powerful in Public Service Provision?” *Policy & Politics* 43 (4). Policy Press: 545 – 60.

Heller, Patrick, K N Harilal, and Shubham Chaudhuri. 2007. “Building Local Democracy: Evaluating the Impact of Decentralization in Kerala, India.” *World Development* 35 (4): 626 – 48. doi:<https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2006.07.001>.

Hickey, Samuel, and Giles Mohan. 2004. *Participation—From Tyranny to Transformation?: Exploring New Approaches to Participation in Development*. Zed books.

Hoon Chuah, Fiona Leh, Aastha Srivastava, Shweta Rajkumar Singh, Victoria Haldane, Gerald Choon Huat Koh, Chia Kee Seng, David McCoy, and Helena Legido–Quigley. 2018. “Community Participation in General Health Initiatives in High and Upper–Middle Income Countries: A Systematic Review Exploring the Nature of Participation, Use of Theories, Contextual Drivers and Power Relations in Community Participation.” *Social Science and Medicine* 213 (July). Elsevier: 106 – 22. doi:10.1016/j.socscimed.2018.07.019.

Howard–Grabman, L. 2007. “Demystifying Community Mobilisation: An Effective Strategy to Improve Maternal and Newborn Health.” [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADI338.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADI338.pdf).

Jagosh, Justin, Paula L. Bush, Jon Salsberg, Ann C. Macaulay, Trish Greenhalgh, Geoff Wong, Margaret Cargo, Lawrence W. Green, Carol P. Herbert, and Pierre Pluye. 2015. “A Realist Evaluation of Community–Based Participatory Research: Partnership Synergy, Trust Building and Related Ripple Effects.” *BMC Public Health* 15 (1). BMC Public Health: 1 – 11. doi:10.1186/s12889-015-1949-1.

Kadlec, Alison, and Will Friedman. 2007. "Deliberative Democracy and the Problem of Power." *Journal of Public Deliberation* 3 (1): 1 – 26. <http://services.bepress.com/jpd/vol3/iss1/art8/>.

Kapiriri, Lydia, Ole F. Norheim, and Douglas K. Martin. 2009. "Fairness and Accountability for Reasonableness. Do the Views of Priority Setting Decision Makers Differ across Health Systems and Levels of Decision Making?" *Social Science and Medicine* 68 (4). Elsevier Ltd: 766 – 73. doi:10.1016/j.socscimed.2008.11.011.

Kaplan, Sue A, Keri–Nicole Dillman, Neil S Calman, and John Billings. 2004. "Opening Doors and Building Capacity: Employing a Community–Based Approach to Surveying." *Journal of Urban Health* 81 (2). Springer: 291 – 300.

Keleher, Helen, and Colin MacDougall. 2015. *Understanding Health Promotion*. Oxford University Press.

Kennett, Patricia, Gerwyn Jones, Richard Meegan, and Jacqui Croft. 2015. "Recession, Austerity and the 'Great Risk Shift': Local Government and Household Impacts and Responses in Bristol and Liverpool." *Local Government Studies* 41 (4). Taylor & Francis: 622 – 44.

Kesby, Mike. 2005. "Retheorizing Empowerment–through–Participation as a Performance in Space: Beyond Tyranny to Transformation" 30 (4).

Kohler, Jillian Clare, and Martha Gabriela Martinez. 2015. "Participatory Health Councils and Good Governance: Healthy Democracy in Brazil?" *International Journal for Equity in Health* 14 (1). BioMed Central: 21.

Labonte, Ronald N. 1997. *Power, Participation and Partnerships for Health Promotion*. VicHealth.

Laverack, Glenn. 2006. "Improving Health Outcomes through Community Empowerment: A Review of the Literature." *Journal of Health and Population Nutrition* 24 (1): 113 – 20.

———. 2007. *Health Promotion Practice: Building Empowered Communities*. McGraw–Hill Education (UK).

Leahy, Deana. 2014. "Assembling a Health[y] Subject: Risky and Shameful Pedagogies in Health Education." *Critical Public Health* 24

(2). Routledge: 171 – 81. doi:10.1080/09581596.2013.871504.

Lehoux, Pascale, Genevieve Daudelin, Olivier Demers–Payette, and Antoine Boivin. 2009. “Fostering Deliberations about Health Innovation: What Do We Want to Know from Publics?” *Social Science & Medicine* 68 (11). Elsevier: 2002 – 9.

Lehoux, Pascale, Genevieve Daudelin, and J Abelson. 2012. “The Unbearable Lightness of Citizens within Public Deliberation Processes.” *Social Science & Medicine* 74 (12). Elsevier: 1843 – 50.

Lindström, Bengt, and Monica Eriksson. 2009. “The Salutogenic Approach to the Making of HiAP/Healthy Public Policy: Illustrated by a Case Study.” *Global Health Promotion* 16 (1): 17 – 28. doi:10.1177/1757975908100747.

Lowndes, Vivien, and Lawrence Pratchett. 2012. “Local Governance under the Coalition Government: Austerity, Localism and the ‘Big Society.’” *Local Government Studies* 38 (1). Taylor & Francis: 21 – 40.

Lynch, Julia. 2017. “Reframing Inequality? The Health Inequalities Turn as a Dangerous Frame Shift.” *Journal of Public Health*, 1 – 8. doi:10.1093/pubmed/fdw140.

Mahalik, James R, Micó1 Levi–Minzi, and Gordon Walker. 2007. “Masculinity and Health Behaviors in Australian Men.” *Psychology of Men & Masculinity* 8 (4). Educational Publishing Foundation: 240.

Marent, Benjamin, Rudolf Forster, and Peter Nowak. 2015. “Conceptualizing Lay Participation in Professional Health Care Organizations.” *Administration and Society* 47 (7): 827 – 50. doi:10.1177/0095399713489829.

Marmot, Michael, and Ruth Bell. 2010. “Health Equity and Development: The Commission on Social Determinants of Health.” *European Review* 18 (1). Cambridge University Press: 1 – 7. doi:DOI: 10.1017/S1062798709990081.

Marmot, Michael, Sharon Friel, Ruth Bell, Tanja A J Houweling, Sebastian Taylor, and Commission on Social Determinants of Health. 2008. “Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health.” *The Lancet* 372 (9650). Elsevier: 1661 – 69.

McCoy, David C., Jennifer A. Hall, and Melanie Ridge. 2012. “A

Systematic Review of the Literature for Evidence on Health Facility Committees in Low- and Middle-Income Countries.” *Health Policy and Planning* 27 (6): 449–66. doi:10.1093/heapol/czr077.

McQueen, David V, Ilona Kickbusch, Louise Potvin, Jürgen M Pelikan, Laura Balbo, and Thomas Abel. 2007. *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*. Springer Science & Business Media.

Milton, Beth, Pamela Attree, Beverley French, Sue Povall, Margaret Whitehead, and Jennie Popay. 2012. “The Impact of Community Engagement on Health and Social Outcomes: A Systematic Review.” *Community Development Journal* 47 (3): 316–34. doi:10.1093/cdj/bsr043.

Mitton, Craig, Neale Smith, Stuart Peacock, Brian Evoy, and Julia Abelson. 2009. “Public Participation in Health Care Priority Setting: A Scoping Review.” *Health Policy* 91 (3): 219–28. doi:10.1016/j.healthpol.2009.01.005.

Molyneux, Sassy, Martin Atela, Vibian Angwenyi, and Catherine Goodman. 2012. “Community Accountability at Peripheral Health Facilities: A Review of the Empirical Literature and Development of a Conceptual Framework.” *Health Policy and Planning* 27 (7): 541–54. doi:10.1093/heapol/czr083.

Moore, Graham F, Suzanne Audrey, Mary Barker, Lyndal Bond, Chris Bonell, Wendy Hardeman, Laurence Moore, Alicia O’Cathain, Tannaze Tinati, and Daniel Wight. 2015. “Process Evaluation of Complex Interventions: Medical Research Council Guidance.” *Bmj* 350. British Medical Journal Publishing Group: h1258.

Morgan, Lynn M. 2001. “Community Participation in Health: Perpetual Allure, Persistent Challenge.” *Health Policy and Planning* 16 (3). Oxford Univ Press: 221–30.

Mubyazi, Godfrey M, and Guy Hutton. 2012. “Rhetoric and Reality of Community Participation in Health Planning, Resource Allocation and Service Delivery: A Review of the Reviews, Primary Publications and Grey Literature.” *Rwanda Journal of Health Sciences* 1 (1): 51–65.

Naidoo, Jennie, and Jane Wills. 2000. *Health Promotion:*

*Foundations for Practice*. Elsevier Health Sciences.

O'Mara-Eves, A, G Brunton, D McDaid, S Oliver, J Kavanagh, F Jamal, T Matosevic, A Harden, and J Thomas. 2013. "Community Engagement to Reduce Inequalities in Health: A Systematic Review, Meta-Analysis and Economic Analysis." *Public Health Res*. Vol. 1. doi:10.3310/phr01040.

O'Mara-Eves, Alison, Ginny Brunton, Sandy Oliver, Josephine Kavanagh, Farah Jamal, and James Thomas. 2015. "The Effectiveness of Community Engagement in Public Health Interventions for Disadvantaged Groups: A Meta-Analysis." *BMC Public Health* 15 (1): 1 – 23. doi:10.1186/s12889-015-1352-y.

Osmani, Siddiqur Rahman. 2000. *Participatory Governance, People's Empowerment and Poverty Reduction*. Social development & Poverty Elimination Division, Bureau for Development Policy, United Nations Development Programme.

Östlin, Pirooska, and Gita Sen. 2009. "Gender as a Social Determinant of Health: Evidence, Policies, and Innovations." In *Gender Equity in Health*, 23 – 68. Routledge.

Ottersen, Ole Petter, Jashodhara Dasgupta, Chantal Blouin, Paulo Buss, Virasakdi Chongsuvivatwong, Julio Frenk, Sakiko Fukuda-Parr, et al. 2014. "The Political Origins of Health Inequity: Prospects for Change." *The Lancet* 383 (9917): 630 – 67. doi:10.1016/S0140-6736(13)62407-1.

Parsons, Talcott. 1975. "The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered." *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*. JSTOR, 257 – 78.

Pennington, Andy, M Watkin, A-M Bagnall, J South, and R Corcoran. 2018. "A Systematic Review of Evidence on the Impacts of Joint Decision-Making on Community Wellbeing." London.

Popay, J. 2006. "Community Engagement for Health Improvement: Questions of Definition, Outcomes and Evaluation." *NICE*. London. <http://www.nice.org.uk/guidance/ph34/documents/increasing-the-uptake-of-hiv-testing-among-men-who-have-sex-with-men-final-scope2>.

Rajesh, K, and M Benson Thomas. 2012. "Decentralization and



Interventions in the Health Sector.” *Journal of Health Management* 14 (4). SAGE Publications Sage India: New Delhi, India: 417 – 33.

Rifkin, S, and Pat Pridmore. 2001. *Partners in Planning: Information, Participation and Empowerment*. Macmillan.

Rifkin, Susan B. 1990. “Community Participation in MCH/FP Programmes: An Analysis Based on Case Study Materials.” *Geneva: World Health Organization*.

———. 1996. “Paradigms Lost: Toward a New Understanding of Community Participation in Health Programmes.” *Acta Tropica* 61 (2). Elsevier: 79 – 92.

———. 2003. “A Framework Linking Community Empowerment and Health Equity : It Is a Matter of CHOICE.” *Journal of Health, Population and Nutrition* 21 (3): 168 – 80.

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-14717563>.

———. 2009. “Lessons from Community Participation in Health Programmes: A Review of the Post Alma-Ata Experience.” *International Health* 1 (1). Oxford University Press: 31 – 36.

———. 2014. “Examining the Links between Community Participation and Health Outcomes: A Review of the Literature.” *Health Policy and Planning* 29 (suppl\_2). Oxford University Press: ii98–ii106.

Rifkin, Susan B, Frits Muller, and Wolfgang Bichmann. 1988. “Primary Health Care: On Measuring Participation.” *Social Science & Medicine* 26 (9). Elsevier: 931 – 40.

Rifkin, Susan B, and Gill Walt. 1986. “Why Health Improves: Defining the Issues Concerning ‘Comprehensive Primary Health Care’ and ‘Selective Primary Health Care.’” *Social Science & Medicine* 23 (6). Elsevier: 559 – 66.

Robertson, Ann, and Meredith Minkler. 1994. “New Health Promotion Movement: A Critical Examination.” *Health Education Quarterly* 21 (3). Sage Publications Sage CA: Thousand Oaks, CA: 295 – 312.

Roodt, M J. 1996. “Participatory Development: A Jargon Concept.” *Coetzee, JK. Ss Graaff, J (Ed) Reconstruction, Development and People. Johannesburg: International Thomson Publishing*.

Rose, Nikolas, and Peter Miller. 2010. "Political Power beyond the State: Problematics of Government." *The British Journal of Sociology* 61. Wiley Online Library: 271 – 303.

Ruger, Jennifer P. 2005. "Democracy and Health." *QJM – Monthly Journal of the Association of Physicians* 98 (4): 299 – 304. doi:10.1093/qjmed/hci042.

Ruuskanen, J M, and I Ruoppila. 1995. "Physical Activity and Psychological Well-Being among People Aged 65 to 84 Years." *Age and Ageing* 24 (4). Oxford University Press: 292 – 96.

Sadan, Elisheva. 2004. *Empowerment and Community Practice: Theory and Practice of People-Focused Social Solutions*. Edited by Richard Flantz. Tel Aviv: Hakibbutz: Hameuchad Publishers. Mpow.org.

Saddi, Fabiana C., and Raquel A. Pego. 2018. "The Collective Health Movement and Health Policy in Brazil: From Regime Transition/Democratization to Democracy and Neoliberalism (1970s to 2014)." *Contextualizaciones Latinoamericanas* 18 (Enero-junio): 1 – 11.

Santos, Francisco Assis da Silva, Islândia Maria Carvalho de Sousa, Idê Gomes Dantas Gurgel, Adriana Falangola Benjamin Bezerra, and Nelson Filice de Barros. 2011. "Integrative Practice Policy in Recife, Northeastern Brazil: An Analysis of Stakeholder Involvement." *Revista de Saude Publica*. doi:10.1590/S0034-89102011000600018.

Sawicki, Jana. 1991. *Disciplining Foucault: Feminism, Power, and the Body*. Psychology Press.

Scott, Joan Wallach. 2007. "Gender as a Useful Category of Historical Analysis." In *Culture, Society and Sexuality*, 77 – 97. Routledge.

Scott, Kerry, Asha S George, Steven A Harvey, Shinjini Mondal, Guptaeswar Patel, and Kabir Sheikh. 2017. "Negotiating Power Relations, Gender Equality and Collective Agency: Are Village Health Committees Transformative Social Spaces in Northern India?" *International Journal for Equity in Health*. International Journal for Equity in Health, 1 – 12. doi:10.1186/s12939-017-0580-4.

Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. 김원기 옮김.

갈라파고스.

Shapiro, Ian. 1999. "Enough of Deliberation: Politics Is about Interests and Power."

Simovska, Venka, and Bjarne Bruun Jensen. 2009. "Conceptualizing Participation: The Health of Children and Young People." WHO, Regional Office for Europe.

Stein, Jane. 1997. "Empowerment and Womens Health: Theory Methods and Practice." London England Zed Books 1997.

Street, Jackie, Katherine Duszynski, Stephanie Krawczyk, and Annette Braunack-Mayer. 2014. "The Use of Citizens' Juries in Health Policy Decision-Making: A Systematic Review." *Social Science and Medicine* 109. Elsevier Ltd: 1 – 9.

doi:10.1016/j.socscimed.2014.03.005.

Tisdall, E. Kay M. 2013. "The Transformation of Participation? Exploring the Potential of 'Transformative Participation' for Theory and Practice around Children and Young People's Participation." *Global Studies of Childhood* 3 (2): 183 – 93.

doi:10.2304/gsch.2013.3.2.183.

Topp, Robert, Mariane Fahlman, and Debra Boardley. 2004. "Healthy Aging: Health Promotion and Disease Prevention." *The Nursing Clinics of North America* 39 (2): 411 – 22.

Trettin, Lillian, and Catherine Musham. 2000. "Using Focus Groups to Design a Community Health Program: What Roles Should Volunteers Play?" *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. doi:10.1353/hpu.2010.0805.

Tritter, Jonathan Quetzal, and Alison McCallum. 2006. "The Snakes and Ladders of User Involvement: Moving beyond Arnstein." *Health Policy* 76 (2). Elsevier: 156 – 68.

Tsang, Eric W K. 2014. "Case Studies and Generalization in Information Systems Research: A Critical Realist Perspective." *Journal of Strategic Information Systems* 23 (2). Elsevier B.V.: 174 – 86. doi:10.1016/j.jsis.2013.09.002.

Verdonk, Petra, Hannes Seesing, and Angelique De Rijk. 2010. "Doing Masculinity, Not Doing Health? A Qualitative Study among Dutch Male Employees about Health Beliefs and Workplace Physical

Activity.” *BMC Public Health* 10: 1 – 14. doi:10.1186/1471-2458-10-712.

Vos, Pol De, Geraldine Malaise, Wim De Ceukelaire, Denis Perez, Pierre Lefèvre, and Patrick Van der Stuyft. 2009. “Participation and Empowerment in Primary Health Care: From Alma Ata to the Era of Globalization.” *Social Medicine* 4 (2): 121 – 27.

Wallerstein, Nina B, and Bonnie Duran. 2006. “Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities.” *Health Promotion Practice* 7 (3). Sage Publications Sage CA: Thousand Oaks, CA: 312 – 23.

Ward, Kevin, and Kim England. 2007. “Introduction: Reading Neoliberalization.” *Neoliberalization: States, Networks, Peoples*. Wiley Online Library, 1 – 22.

Whitehead, Margaret, Andy Pennington, Lois Orton, Shilpa Nayak, Mark Petticrew, Amanda Sowden, and Martin White. 2016. “How Could Differences in ‘control over Destiny’ Lead to Socio-Economic Inequalities in Health? A Synthesis of Theories and Pathways in the Living Environment.” *Health and Place* 39. Elsevier: 51 – 61. doi:10.1016/j.healthplace.2016.02.002.

WHO. 1986. “Ottawa Charter for Health Promotion.” In *First International Health Promotion Conference, Ottawa, Canada, 1986*.

———. 1997. “The Jakarta Declaration: On Leading Health Promotion into the 21st Century.” Geneva: World Health Organization.

———. 2008. “Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.” Geneva.

Wilkinson, Richard G. 2002. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. Routledge.

Williams, Glyn. 2004. “Evaluating Participatory Development: Tyranny, Power and (Re) Politicisation.” *Third World Quarterly* 25 (3). Taylor & Francis: 557 – 78.

Yajima, Shinko, Takehito Takano, Keiko Nakamura, and Masafumi Watanabe. 2001. “Effectiveness of a Community Leaders’ Programme to Promote Healthy Lifestyles in Tokyo, Japan.” *Health Promotion*

*International* 16 (3). Oxford University Press: 235 – 43.

Young, Iris Marion. 1999. “Justice, Inclusion, and Deliberative Democracy.”

Zulu, Joseph Mumba, John Kinsman, Charles Michelo, and Anna-Karin Hurtig. 2014. “Integrating National Community-Based Health Worker Programmes into Health Systems: A Systematic Review Identifying Lessons Learned from Low-and Middle-Income Countries.” *BMC Public Health* 14 (1). BioMed Central: 987.

강민정, 김건엽, and 홍남수. 2016. “건강새마을 조성사업 주민참여 모니터링.” 경상북도 구미.

강주성. 2017. “[아픈 곳이 중심이다] 기승전 ‘수가’가 아니라 관료와 의료전문가들이 문제다.” 라포르시안, December 21.

<https://goo.gl/i2M3XS>.

경상남도. 2018. *2018 건강플러스 행복플러스 사업 담당자 및 건강위원 워크숍 개최 계획*.

경상북도. 2014. “우리마을 건강파트너 운영사업 안내.”

경상북도통합건강증진지원단. 2016. “경상북도 20개 시군 건강현황 조사 보고서.”

곽민선, and 유승현. 2010. “지역사회보건기획과 지역보건체계 강화: MAPP 모형의 사례.” *보건교육·건강증진학회지* 27 (3): 59 – 66.

곽민선, 윤난희, 장사랑, 조병희, and 유승현. 2012. “지역사회 역량의 구성 영역 - 서울시 임대아파트 임차인 대표회 사례.” *보건교육·건강증진학회지* 29 (5): 77 – 88.

구로구보건소. 2013. “지역사회 참여형 잣절마을 건강증진사업.” In *건강생활실천사업 우수사례*.

권순만, 오주환, 정연, and 허재현. 2012. “시민위원회와 건강보험 보장성 의사결정 사례.” *보건경제와 정책연구(구 보건경제연구)* 18 (3). 한국보건경제정책학회(구 한국보건경제학회): 103 – 19.

권순만, 유명순, 오주환, 김수정, and 전보영. 2012. “보건의료 정책 의사결정과 시민참여: 『건강보험 보장성 시민위원회』의 사례.” *보건행정학회지* 22 (4). 한국보건행정학회: 467 – 96.

김경희, 김상후, 문지원, 김민수, 백지원, and 박지욱. 2016. “우리나라 국민의 공중보건 위험인식 조사와 정책 활용 방안에 대한 기반연구.”

김남순, 최지희, 오영인, 이희영, 서현주, 김명희, and 이진용. 2013. “근거중심보건정책에 필요한 연구근거 현황 및 활용.” 서울특별시.

- 김미덕. 2011. “정치학과 젠더.” 한국정치학회보 45 (2). 한국정치학회: 31-49.
- 김병준. 2013. “숙의민주주의의 가능성과 논의의 과제: 정책과정 연구의 관점에서.” 사회과학연구 26 (1): 155-79.
- 김새롬, and 김창엽. 2018. “건강 영역에서 권력강화적 참여의 개념과 전략.” 비판사회정책 59: 33-67.
- 김선희. 2012. “비판적 실재론 관점에서 본 제도분석틀(IAD)의 정책 다이내믹스 분석 유용성 고찰.” 한국정책학회보 21 (2). 한국정책학회: 61-90.
- 김영미. 2009. “그들의 새마을운동: 한 마을과 한 농촌운동가를 통해 본 민중들의새마을운동 이야기.” 서울: 푸른역사.
- 김용익. 1992. “보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구.” 보건행정학회지 2 (2). 한국보건행정학회: 90-111.
- 김장락. 2017. “‘건강 플러스 행복 플러스’ 사업 성과와 발전방향.” In 건강플러스 행복플러스 사업 건강위원워크숍.
- 김장락, 정백근, 박기수, and 강운식. 2014. “지역사회조직화 전략의 중간 결과평가: 경남 건강플러스 행복플러스 사업 3 년 경험.” 농촌의학·지역보건 39 (3): 146-60.
- . 2015. “주민주도형 건강증진전략이 수반하는 가치.” 보건교육·건강증진학회지 32 (4): 13-23.
- . 2017. “건강증진을 위한 지역사회 조직화를 주도하는 건강위원회 구성원의 건강행태 및 사회적자본 변화.” 보건교육·건강증진학회지 34 (2): 15-28.
- 김창엽. 2011. 일차보건의료와 보건진료원 제도. 서울대학교 보건대학원.
- . 2012. “지역사회 보건과 민주적 공공성.” 지역사회 건강증진 협력모델 토론회.
- . 2013. “미래를 준비하는 지역보건의 역할과 과제.” 농촌의학 지역보건학회 추계학술대회.
- . 2014. “일차보건의료의 개념 - 오랜 그러나 새로운.” In 글로벌의학센터 워크샵,
- . 2017a. “건강불평등 연구: 예외 사례로부터 사회구조로.” In 건강형평성학회, 기조연제, 1-8. 한국건강불평등학회.
- . 2017b. “한국의 공공보건의료와 공공성 개념.” 대한공공의학회지 1.

- 노은주. 2014. “경상북도 새마을운동에 대한 연구.” In 한국정부학회 학술발표논문집, 373-436. 한국정부학회.
- 대한민국건강도시협의회. 2017. “건강도시 회원도시소개: 부산광역시.” Accessed January 12. <http://bit.ly/2FvN0fA>.
- 동북지방통계청. 2017. “2016 경북 인구이동 통계.”
- 미셸푸코. 2011. “안전, 영토, 인구.” 오트르망 옮김. 난장.
- 박웅섭. 2017a. “2018 강원도 건강플러스 사업 지침서.”
- . 2017b. “강원도 건강플러스 사업 제안서.”
- 박혁. 2014. “권력과 다원성-한나 아렌트의 권력 개념에 관한 연구.” *21세기정치학회보* 24 (1). 21세기정치학회: 3-31.  
<http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE07130707>.
- 부산광역시. 2015. “민선 6기 시장공약 실천계획.”
- 부산일보. 2018. “[2018 공공케어 보고서] ‘마을건강센터, “작은 보건소” 역할해야.’” 이대진 기자, August 26. <https://bit.ly/2E0SL7w>.
- 서동진. 2009. “신자유주의 분석가로서의 푸코:미셸 푸코의 통치성과 반정치적 정치의 회로.” *문화과학* 57 (March). 문화과학사: 315-35.  
<http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE01152384>.
- . 2014. “신자유주의 통치성과 그 음산한 배면.” *문화과학* 77 (March). 문화과학사: 21-34.
- 서울특별시. 2017. “2017년 주요 업무보고.” 서울특별시 시민건강국. <http://health.seoul.go.kr/files/2017/03/58dcc8b412bb07.51687033.pdf>.
- 
- 설한. 2001. “정치참여와 권력- 전통적 참여논의의 재평가와 수행적 참여에 대한 새로운 이해.” *국제정치논총* 41 (3). 한국국제정치학회: 437-59.
- 세이어. 1999. “사회과학방법론: 실재론적 접근.” 이기홍 옮김. 한울.
- 손경복. 2017. “세계화와 의약품 접근.”
- 시민건강증진연구소. 2012. “‘2012 내가 만드는 건강공약’ 시민참여형 정책 생산의 가능성을 보다.” 2012-10. 시민건강이슈. 서울.  
<http://health.re.kr/?p=492>.
- 신영전, 윤태호, 김명희, 정백근, and 서제희. 2011. “건강형평정책과 사업: 건강 불평등 완화를 위한 접근.” *한국사회정책* 18 (4): 41-77.
- 알린스키아울 D. 2016. 급진주의자를 위한 규칙. Edited by 박순성 and 박지우. 강원도 홍천군: 아르케.
- 앤드류콜리어. 2010. 비판적 실재론. Edited by 이기홍 and 최대용.

서울: 후마니타스.

염지혜. 2013. “노노 (老老) 케어의 시행과정과 향후 정책적 과제.” 한국노년학 33 (2). 한국노년학회: 221-38.

오건호. 2018. “[정동칼럼]문재인케어위원회 만들자.” 경향신문, January 2. <https://goo.gl/wBkR5t>.

오로라. 2015. “지역사회 역량이 지역 주민의 건강에 미치는 영향.” 서울대학교.

유승현. 2009. “건강증진을 위한 지역사회 기반 참여연구의 적용 방안.” 보건교육·건강증진학회지 26 (1): 141-58.

———. 2012. “지역사회건강증진을 위한 참여: 이해와 적용.” 보건교육·건강증진학회지 29 (4): 57-66.

유창복. 2017. 참여에서 권한으로. 협치서울. 서울특별시: 서울특별시.

윤강재, 최지희, and 조병희. 2013. “보건의료서비스 분야 소비자 위상과 권리.” 서울특별시.

윤순덕, 채혜선, and 강주희. 2008. “농촌지역 사회적 노노돌봄의 문제점에 대한 사례연구.” In 한국지역사회생활과학회 학술대회 자료집, 56. 한국지역사회생활과학회.

윤충로. 2016. “새마을운동 이후의 새마을운동 —1980년대를 중심으로.” 사회와 역사 109: 193-228.

윤태호. 2016. “보건에서 ‘참여’가 왜 동원되고 소비되고 있나?: 지역보건에서의 참여의 재해석 또는 재검토.” In 지역건강과 참여, 다시 길을 묻다. 새로운 이론 모색을 위한 연속 토론회. 대전: 시민건강증진연구소, 농촌의학/지역보건학회.

———. 2017. “부산시 마을건강센터 사업의 운영과 과제.” In 지역보건컨퍼런스.

이경수, 정백근, and 곽현근. 2016. “지역건강과 참여, 다시 길을 묻다: 새로운 이론 모색을 위한 연속 토론회.” In 참여형 보건사업에서 ‘참여’는 무엇을 의미하나, 1-9. 대전: 시민건강증진연구소.

이기홍. 2014. *사회과학의 철학적 기초-비판적 실재론의 접근*. 한울아카데미 175. 서울: 한울.

이양수, 이광동, 석주영, and 이윤길. 2017. “국내 새마을운동 활성화를 위한 모델 개발 연구.”

이영철. 2006. “사회과학에서 사례연구의 이론적 지위.” 한국행정학보 40 (1). 한국행정학회: 71-90.



- 이영희. 2002. “‘기술사회’에서의 참여민주주의의 가능성 연구- 과학기술정책 관련 시민참여 모델 평가를 중심으로.” *동향과 전망*, 142-71.
- 이재훈. 2015. “국민건강보험 보장성 및 정책결정 구조.” *월간 복지동향*, no. 206 (December). 참여연대사회복지위원회: 24-28.
- 이찬진, 홍원표, 김정목, 정경실, 이흥균, and 황의동. 2017. “국민건강보험 거버넌스 개혁을 위한 토론회.” *월간 복지동향*, no. 228 (October). 참여연대사회복지위원회: 74-76.  
<http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE07240767>.
- 장명화. 2014. “지역보건의료계획 효과분석 보건소 기획능력과 주민참여를 중심으로.” *서울대학교*.
- 정민수, 정유경, 장사랑, and 조병희. 2008. “지역사회 기반 참여연구 방법론.” *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion* 25 (1).
- 정민수, and 조병희. 2007. “지역사회역량이 주민 건강수준에 미치는 영향 - 2006년 서울시 도봉구 주민 건강행태조사를 중심으로.” *보건과 사회과학* 22: 153-82.
- . 2011. “지역사회역량이 건강에 미치는 영향에 대한 다수준 분석: 사회의 질 증진에 주는 함의.” *보건교육·건강증진학회지* 28 (4): 1-14.
- 정백근. 2016. “참여형 보건사업에서 ‘참여’는 무엇을 의미하나?” In *지역건강과 참여, 다시 길을 묻다. 새로운 이론 모색을 위한 연속 토론회*. 시민건강증진연구소, 농촌의학/지역보건학회.
- . 2018a. “지역 건강불평등 완화를 위한 정책 수립 방안과 지역보건의료계획의 의의.” *보건복지포럼* 260 (0). 한국보건사회연구원: 50-61.
- . 2018b. *지역건강정책의 새로운 모색*.
- 정백근, 김장락, 강윤식, and 박기수. 2014. “〈사례보고〉 지역사회참여와 파트너십에 기반을 둔 지역건강증진사업의 효과.” *농촌의학·지역보건* 39 (4): 209-21.
- 정백근, 김장락, 강윤식, 박기수, 이진향, 조선래, 서기덕, 주상준, 오은숙, and 김승진. 2012. “〈사례보고〉 경상남도 지역 간 건강불평등 완화사업.” *농촌의학·지역보건* 37 (1): 36-51.
- 제갈정, 김광기, and 유승현. 2013. “중랑구 건강마을사업.”
- 조병희. 2010. “지역사회 중심 건강증진의 과거와 현재.” *보건교육·*

건강증진학회지 27 (4): 1-6.

조병희, and 정민수. 2012. “개인 및 조직 수준에서의 지역사회 역량 측정과 주관적 건강수준과의 관계 분석: 서울시 D 구와 Y 구의 비교.” 보건교육·건강증진학회지 29 (1): 39-57.

조병희, 정민수, and 민상희. 2007. “건강증진과 지역사회 역량.” 보건학논집 44 (2): 95-112.

중앙선거관리위원회. 2018. “2018년 지방선거 구시군의장 당선인 공약.”

채오병. 2007. “실증주의에서 실재론으로.” 한국사회학 41 (5). 한국사회학회: 249-83.

통계청. 2015. “연령 및 성별인구.” [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1IN1503&conn\\_path=I3%0A](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1IN1503&conn_path=I3%0A).

플레이리파울루. 2013. 페다고지. 서울: 그린비.

한국건강증진개발원. 2014. “주민이 함께하는 우리지역 건강증진활동.” 통권 18호. 건강증진총서.

한국주민운동정보교육원. 2010. “주민조직운동총론.” In *주민운동의 힘, 조직화 - CO 방법론*, 13-40. 함께가는길.

한도현. 2010. “1970년대 새마을운동에서 마을 지도자들의 경험세계: 남성 지도자들의 중심으로.” 사회와 역사(구 한국사회사학회논문집) 88 (0). 한국사회사학회: 267-305.

한주성, and 김창엽. 2017. “건강보험정책심의위원회 가입자 단체의 의사결정 참여에 영향을 미치는 요인.” 보건행정학회지 27 (4). 한국보건행정학회: 336-46.

행정자치부. 2015. “정부 3.0 표준교육교재.”

허순임. 2016. “우리나라 건강증진의 역사적 맥락에 관한 분석과 구조적 제약에 대한 탐색.” 보건과 사회과학 43: 175-205.

허현희. 2018. “건강불평등 완화를 위한 지역사회 주민 참여 접근.” 보건복지포럼 260 (6): 62-77.

홍종원. 2015. “건강마을만들기 사례연구.” 서울: 성공회대학교 NGO대학원.

황병주. 2000. “[특집-민중, 희생자인가 공범자인가] 박정희 시대의 국가와‘민중’.” 당대비평, 46-68.

황택근. 2016. “지역에서의 공중보건 정책결정경험.” In . 지역보건의료발전을 위한 모임.

## VII. 부록

### 1. 현지조사 일시, 장소, 분류

	날짜	장소	사건	분류
1	2016.11.29	경북대학교 의과대학	건강새마을사업 평가회의	참여관찰
2	2017.06.14	안동그랜드호텔	건강새마을 조성사업 워크샵	직접관찰
3	2017.07.13	칠곡 가산면	가산면 건강새마을 조성사업 초점집단면접	참여관찰
4	2017.08.08	영남대학교 의과대학	고성군 우곡면 초점집단면접(4명)	초점집단면접
5	2017.08.24	대구 노보텔 호텔	건강새마을조성사업 연구진회의	직접관찰
6	2017.08.28	영천시 신녕면	신녕면 건강새마을 조성사업 발대식	직접관찰
7	2017.09.13	성주시 대가면	대가면 건강위원회 회의	참여관찰
			담당자 면담(2명)	비공식면담
8	2017.09.19	안동그랜드호텔	건강새마을 조성사업 워크샵+건강위원회협의체 회의	직접관찰
			보건소 담당자(1명), 건강지기(1명) 면담	비공식면담(2회)
9	2017.10.17	관동대학교 의과대학	강원도 건강플러스 사업 워크샵	직접관찰
			연구자, 활동가 면담(2명)	비공식면담
10	2017.10.24	진주 사봉면	칠곡 가산면 건강위원회 선진지 견학	직접관찰
11	2017.10.28	포항북구 기북면	기북 사과 축제 참여	직접관찰
			건강위원장 인터뷰(1명)	비공식 면담
12	2017.11.01	대구혁신센터	건강새마을 조성사업 담당자 워크샵	참여관찰

13	2017.11.08	전남대의생명융합센터	한국농촌의학지역보건학회 연수교육	직접관찰
			사업담당자 면담(1명)	비공식 면담
14	2017.11.15-16	영양군 입암면	입암면 건강새마을 조성사업 성과대회	직접관찰
			건강위원회 위원 인터뷰(2명)	초점집단면접
15	2017.11.28	청도군 각남면	청도 각남면 건강위원회 인터뷰(6명)	초점집단면접
			화리 건강관리실 방문 + 주민 인터뷰(3명)	직접관찰, 초점 집단면접
16	2017.12.05	청송군 현서면	현서면 건강지킴이 총회+선진지 견학 행사	직접관찰
			건강지킴이 인터뷰(5명)	초점집단면접
17	2017.12.11	영남대학교 의과대학	포항 청림동(6명)	초점집단면접
18	2017.12.13	영남대학교 의과대학	영덕군 축산면(4명)	초점집단면접
			울진군 매화면(5명)	초점집단면접
			의성군 옥산면(5명)	초점집단면접
19	2017.12.19	영양군 입암면	영양군 입암면 주민리더역량강화교육	참여관찰
20	2017.12.21-22	경주 코모도 호텔	건강새마을 조성사업 성과대회	직접관찰
21	2017.12.27	대구 노보텔 호텔	건강새마을조성사업 확산전략심포지움 발표	참여관찰
22	2018.04.16	-	청송군 현서면 건강지기 전화 인터뷰	비공식면담
23	2018.08.10	서울아산병원	영양군 입암면 건강지기 인터뷰	비공식면담

\* 참여자와 의미 있는 상호작용이 없이 간략한 소개 후 주민 활동을 관찰한 조사를 참여관찰, 지속적으로 참여자들과 대화를 주고받으며 활동에 참여하고 의미있는 상호작용을 주고받은 조사를 참여관찰로 분류함.

## 2. 전문가 인터뷰

	일시	면담자	분류
1	2018.12.11	교수(50대 남성)	심층면담
2	2018.01.22	활동가(30대 남성)	초점집단면접
3	2018.01.22	교수(40대 남성)	초점집단면접
4	2018.01.30	교수(40대 여성)	심층면담
5	2018.02.01	교수(40대 남성)	심층면담
6	2018.02.03	교수(40대 여성)	심층면담
7	2018.02.05	교수(50대 남성)	심층면담
8	2018.02.06	교수(40대 남성)	심층면담

## 3. 경상북도 건강새마을 조성사업 추진경과

일정	추진현황
2013.11.28	우리마을 건강지도 공개
2014.02.12	건강새마을 조성사업 지침 설명회
2014.02	건강새마을 조성사업 20개 사업지역 선정
2014.03.12	사업대상지역 보건소 담당자 대상 전략 개발 세미나
2014.04	건강조사 설문지표 확정 및 홍보리플렛 선정
2014.06.09	건강새마을 조성사업 추진을 위한 워크숍(담당자, 자문교수)
2014.08.07	건강새마을 조성사업 담당자 워크숍
2014.08.26	지역주민들과 함께하는 건강새마을 조성사업 워크숍
2014.10.06	건강새마을 조성사업 주민참여 합동 워크숍
2014.12	1차 연도 건강새마을 조성사업 성과대회
2015.01	1차 연도 추진실적 평가
2015.02	2차 연도 전략개발 세미나(담당자)

2015.04.29	경상북도 건강새마을 조성사업 건강리더와 함께하는 워크숍
	건강새마을 협의체 구성 (총 22명 위원, 마을 대표 20인, 자문위원 2인. 임기 2016.12)
2015.05	건강새마을 조성사업 해외 선진마을 견학(일본)
2015.07.16~17	건강새마을 조성사업 협의체 합동 워크숍-1
2015.10	건강새마을 조성사업 협의체 합동 워크숍-2
2015.12	2차 연도 성과대회
2016.02.26.	건강새마을 조성사업 3차년도 전략개발 세미나
2016.04	건강새마을 마을 건강리더 워크숍
2016.06.22.	건강새마을 조성사업 성과평가를 위한 보건소 담당자 세미나 건강새마을 조성사업 신규 건강위원 대상 역량강화 교육
2016.07~09	사업 3차 연도 건강새마을 설문조사·분석
2016.08	해외 선진 마을 견학
2016.09	건강위원회 협의체 간담회
2016.10.11.	건강새마을 마을 건강리더 워크숍
2016.12	3차 연도 성과대회(중간평가)
2017.02.16.	건강새마을 보건소 담당자 세미나 및 간담회
2017.06.14.	주민과 함께하는 워크숍
2017.09.19	건강리더와 함께하는 워크숍
	건강새마을 협의체 구성 (총 29명 위원, 마을대표 27인, 자문위원 2인, 임기 2018.12)
2017.11.01.	건강새마을 조성사업 시·군담당자 워크숍
2017.12.21.~22.	4차 연도 성과대회
2017.12.27	건강새마을 조성사업 확산전략 심포지움

(경상북도. 2017년 건강새마을 조성사업 지침서, 8~9p. 2017.; 2017년 연구자 참여관찰 일지; 경상북도 행복재단 누리집 공지를 참고하여 작성)

#### 4. 건강새마을 조성사업의 교육 내용

행사명	내용	발표자
지역주민들과 함께하는 건강새마을 조성사업 워크숍 (2014.08.26.)	건강마을사업의 성공과 도전	사공필용 보건소장 (부산 연제구)
	건강마을사업에서 주민리더의 역할	홍재봉 교수 (동의대 사회복지학과)
경상북도 건강새마을 조성사업 주민참여 합 동 워크숍(2014.10.06.)	정부 3.0과 건강새마을조성사 업	전영하 사무관 (도 정책기획관실)
	건강마을에서 지도자 역할	박봉희 소장 (한국의료복지사회적협 동조합연합회)
	우리마을! 건강새마을 조성사 업!- 4개 마을 사례 발표	포항시 북구 기북면, 안 동시 남후면, 영덕군 울 진면, 칠곡군 석적읍
	새마을 정신에서 배우는 마을 지도자의 리더십	최진근 원장 (경운대 새마을아카데미)
	건강새마을 조성사업 추진방 향	이원경 과장 (도 보건정책과)
경상북도 건강새마을 조성사업 건강리더와 함께하는 워크숍 (2015.04.29.)	주민주도형 마을만들기와 지 도자의 역할	김명화 사무국장 (예천군 출렁다리마을)
	건강마을 사례발표 -건강플러 스 북방면 마을사업	신재원 부위원장 (강원도 홍천군 북방면)
건강새마을 조성사업 협의체 워크숍 (2015.07.16. ~2015.07.17.)	건강새마을 조성사업 해외선 진현장 견학보고	김건엽 교수 (경북대학교/지원단)
	건강새마을 조성사업 모니터 링 결과	홍남수 교수 (경북대학교/지원단)
건강새마을 조성사업 신규 건강위원 대상 역	건강새마을 조성사업에서 리 더의 역할	이경수 교수 (영남대학교/지원단)

량강화 교육 (2016.6.22.)	경상북도 건강새마을 조성사업의 성과와 과제	홍남수 교수 (경북대학교/지원단)
건강새마을 마을 건강리더 워크숍 (2016.10.11.)	건강한 삶을 위한 호흡기 질환 관리	이관호 센터장 (영남대학교/대구경북권역 호흡기전문질환센터)
	건강새마을 사업의 성과와 소통 : 함께 이야기 나누어요	김건엽 교수 (경북대학교/지원단)
건강새마을 조성사업 마을 건강리더와 함께하는 워크숍 (2017.06.14.)	노인, 왜 영양지원이 중요한가	이윤식 원장 (안동의료원)
	건강새마을 사업과 리더의 역할	이경수 교수 (영남대학교/지원단)
	경북새마을조성사업 주민 소통역량강화 워크숍	문재웅 대표 (시너지어스)
주민과 함께하는 워크숍(2017.09.19.)	활동과 건강	도기철 교수 (가톨릭상지대학교)
	건강새마을 조성사업 주민 원탁회의	문재웅 대표 (시너지어스)
경상북도 건강새마을 조성사업 확산전략 심포지엄 (2017.12.27.)	건강새마을 조성사업의 현황과 성과	김건엽 교수 (경북대학교/지원단)
	주민참여 사례와 건강새마을 추진의 시사점	이경수 교수 (영남대학교/지원단)
	주민주도형 건강마을의 도전과 기회- 주민들의 목소리를 듣다	김새롬 연구원 (서울대학교)
	건강새마을 조성사업의 확산 사례와 향후 추진방향 제안	이경수 교수 (영남대학교/지원단)



## Abstract

# Participation as empowerment in health promotion intervention

: In-depth case study of Health Saemaeul program

Saerom Kim

Health Policy and Management,

Department of Public Health

The Graduate School, Seoul National University

Participation is a key principle and strategy in health. As health is the basic capability of person to realize their own potential in one's life, participation in collective decision-making process that affects health has its intrinsic value. Previous discussions on participation in health have been confined to participation as an instrument to improve health outcomes. While there have been a growing number of cases declaring empowerment as an intrinsic goal of participation, there is a gap of knowledge and experience on participation as empowerment which aims to change power relations for resolving structural inequities provoking health inequities.

This study aims to find out the process and results of participatory health intervention. The study is an in-depth case study describing the process of community participation in realist perspective. To this end, “Gyeongsangbuk-do(province) Health Saemaeul(new village) Program”, an illustration of health promotion intervention, was examined. Data were collected from observation, interviews, documents, and records. The level of community empowerment was measured using 7 dimensions, which were leadership, organization, resource mobilization, ownership, need assessment, critical question (asking why?), and role of external agent. By applying the Gaventa's concept of power, which distinguishes power over relationship with power with, power to, and power within relationship, the process of empowerment in health promotion intervention was abstracted from the case.

Gyeongsangbuk-do Health Saemaeul Program is a community participatory health intervention to improve the health of residents in rural areas. The program aims to empower the residents so that they can recognize their health conditions as problematic and resolve the problems by themselves. Village health committees made of representatives of residents have been able to grow into community organizations which can deal with local health issues and participated in the process of planning and implementing health promotion activities. Leadership was developed based on previous power structure in the community. Influential people, who were already the male village leader became the leaders of the health committee, whereas most activities were held by female health workers. Few villages changed their leadership, making the female health workers to represent their community for health program, but this was not a common practice. More mobilized community tend to maintain the all-male-leadership, while those having

problem with community mobilization tend to change their leadership. Informal organizations supporting the health committees' activities have also emerged. The organizations, which were composed mostly by women, engaged in the committee-appointed activities and led the health promotion in their own villages. Conservative leadership hampered development of more democratic process, but their connection with the local elites made it easier for the community to access for more connection and resources. People themselves mobilized their own resource to make the organization work properly. Health centers supported the activities of residents and concentrated their resources into the target area. Successful resource mobilization from local government and private sector were also found.

Level of community empowerment varied. While some community bureaucratically appointed administrative village council as health council, some villages made a separate health council with active village members, while arranging separate space and time only for the health council meeting. In the latter communities, the role of civic servant decreased as the residents took ownership of the health promotion activities.

While ownership, organization, leadership, mobilization of the community participation varied, the dimension of need assessment and critical question showed common result. Most communities failed to make their own views guide their activity. People tend to regard the poor health status of the community because of their own behavior and misfortune. While there were some opportunities to link their health with their poor social conditions such as social isolation, material deprivation, oppressive patriarchy, and double burden of women, the issue raised by the people continually slip down toward ordinary health promotion issue. The critical awareness about the cause of

poor health and its social determinants were not found. Servants from the health center realized the importance of community capacity development and empowerment, but they could not help prioritizing the measurable outcome of the health promotion program.

In terms of empowerment, the change in the power relations began with an external intervention. The provincial governance delegated the controlling power on health-related activities to empower the residents. Additional resources were commissioned to organize the health committee and facilitate their action. The controlling power delegated to the residents could be converted into other types of power in the invited participatory space. Trust, reciprocity, and community competence were improved as residents frequently met and cooperated for common problems. While collaborative relations between residents promoted community organizing, the public authority granted by outside experts and government officials helped people's resource mobilization in the community. The series of processes helped residents feel the self-efficacy of building a healthy village on their own, which again lead into another cycle of community empowerment.

Based on the observation, the process of empowerment in participatory health interventions is conceptualized as follows: delegation of power (controlling power) in the invited participatory process has triggered cooperation among residents for common goals in the region (consensual power), self-reliant capabilities to solve their own problems (realizing power), and increased confidence and self-efficacy of their action (inner power). Subsequently, with a series of flows joining, communities were able to gain the power (transformative power) to change communities. The transformative power of the community is the power to change present situations to solve

their own problems, and it comes to the front through community ownership, social capital accumulation, private cooperation and resource mobilization, enhanced cooperation among the public institutions and organization, and increased political accountability.

Empowered community can request and create new participatory spaces using the transformative power they have gained. Transformative power of the people will emerge when people set up their next agenda for action. This can expand the initial participatory space where they were invited, requesting more discretion, inviting new actors, and expanding the scope of the agenda they deal with.

The people's health need were raised from various dimension of their life. By empowering their inherent actions, health committees had potential to embrace and address the health need of the community. But until recently, the health problem and activities were not really based on people's perspective. Residents tend to think their activity not as process of empowerment, but the regarded their action to change their health behavior, according to traditional knowledges of behavioristic health promotion.

Notwithstanding, the program was creating the participatory space for the people to express their health need in their own stand. Residents in aging community with decreasing population learned to mobilize and organize their effort for health, in close connection with the health given by the public health center. Though influenced by the traditional community development experience, the focus on health helped people to reassess their daily practices and made them to act collectively for the better health of the community. The conservative atmosphere of the rural community affected the whole process of the participation. Power inequality between the community members

remained firmly. While gender hierarchy and stereotype were reproduced, women of the community met some opportunity for education and socially recognized action.

Health-related issues were perceived as normative rather than political, and the deficiency of knowledge and experience in empowerment continues to reduce participation into a means of health promotion. To politicize the health inequality as a result of structural inequities and move toward political empowerment to challenge them, the institutional mechanism to facilitate this process is crucial. First, the opportunities for empowered community to engage in the formal decision-making process is needed. Second, the participation of empowered community should attain some mandatory authority to exercise substantive influences. Third, government must coordinate and actively support the activities of empowered community that they can move toward inter-sectoral cooperation in health.

The contributions of this study are as follows: First, the study carefully observed the process of participation and amply recorded the events and changes occurring at the space of participation. This can contribute to understanding how participation develops and change the community. Second, the study recast the process of participation in terms of power relations and reorganized the process of participation from a power perspective. In the invited space formulated by top-down policy, the fact that residents could secure cooperative, self-sustaining, and realizing power based on the delegated power to them was explained. This accumulated power could lead to transformative power to solve the community's problems and create new participatory spaces. The reconstruction of participation in term of power relations could be used as a conceptual framework to describe the

participatory interventions that aims to empower the people. Third, the process of community participation was interpreted in the context of relevant discussions. The policy implications drew from the interpretation seek to identify the conditions where participation and empowerment could act as a significant strategy of challenging health inequities.

---

**Keywords:** community participation, empowerment, health, social control, critical realist in-depth case study

Student Number: 2014-30741